Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale„ n. 260 del 7 novembre 1990 - Serie generale

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I (70%)

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA — **Roma - Mercoledì, 7 novembre 1990** — SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 85081

N. 69

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 settembre 1990, n. 314.

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 settembre 1990, n. 315.

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 settembre 1990, n. 316.

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

SOMMARIO

LEGGI, DECRETI E ORDINANZE PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 settembre 1990, n. 314.

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che prevede una uniforme disciplina del trattamento economico e normativo del personale a rapporto convenzionale con le unità sanitarie locali mediante la stipula di accordi collettivi nazionali tra le delegazioni del Governo, delle regioni e dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, in campo nazionale, delle categorie interessate;

Visto l'art. 9 della legge 23 marzo 1981, n. 93, concernente disposizioni integrative della legge 3 dicembre 1971, n. 1102, recante nuove norme per lo sviluppo della montagna, che ha integrato la suddetta delegazione con i rappresentanti designati dall'Unione nazionale comuni e comunità enti montani (UNCEM), in rappresentanza delle comunità montane che hanno assunto funzione di unità sanitarie locali;

Visto l'art. 24, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730;

Vista la legge 12 giugno 1990, n. 146, recante norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati. Istituzione della Commissione di garanzia dell'attuazione della legge;

Preso atto che è stato stipulato un accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 1978, con scadenza al 30 giugno 1991, recante anche disposizioni sull'esercizio del diritto di sciopero;

Visto il secondo comma dell'art. 48 della citata legge n. 833 del 1978 sulle procedure di attuazione degli accordi collettivi nazionali;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri;

EMANA

il seguente decreto:

Art. 1.

1. È reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riportato nel testo allegato.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 28 settembre 1990

COSSIGA

ANDREOTTI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

Visto, *il Guardasigilli:* VASSALLI
Registrato alla Corte dei conti il 24 ottobre 1990
Atti di Governo, registro n. 81, foglio n. 19

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE SOTTOSCRITTO, AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE N. 833/1978 SOTTOSCRITTO L'11 APRILE 1990 E IL 12 SETTEMBRE 1990.

PREMESSA

1. Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, il S.S.N., demanda al medico convenzionato per la medicina generale compiti di medicina preventiva individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale.

2. A tale fine, al medico iscritto negli elenchi per la medicina generale — che è parte attiva, qualificante e integrata del S.S.N. nel rispetto del principio della libera scelta e del rapporto di fiducia — sono affidati in una visione promozionale nei confronti della salute, compiti di:

A) Assistenza primaria, essendo egli il primo ad affrontare i «problemi» del paziente e ad impostare un programma diagnostico e terapeutico ed eventualmente riabilitativo per la risoluzione degli stessi. All'uopo egli può utilizzare tutti i supporti che la tecnologia offre per un miglioramento delle possibilità diagnostiche e terapeutiche;

B) Assistenza familiare, riconoscendosi nella famiglia una componente essenziale della professionalità del medico generale e della tutela della salute;

C) Assistenza domiciliare, che permette di affrontare oltre alle malattie acute i problemi sanitari di anziani, invalidi o ammalati cronici, di pazienti dimessi dagli ambienti di ricovero e di pazienti in fase terminale;

D) Continuità assistenziale, onde utilizzare i dati conoscitivi del paziente che derivano da una osservazione prolungata e dalla conoscenza della storia dell' assistito. Onde evitare l'interruzione di tale continuità deve essere istituzionalizzato un rapporto con lo specialista e con gli ambienti di ricovero;

E) Assistenza preventiva individuale, che ha come obiettivi la diagnosi precoce e l' identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettano l'attuazione della prevenzione secondaria. Al medico di medicina generale possono essere affidati anche compiti di profilassi primaria individuale;

F) Assistenza personale integrale, essendo il medico di famiglia il medico della persona e non di un organo o di un apparato. Egli utilizza la consulenza specialistica al fine di un più preciso intervento diagnostico-curativo e coordina tutti gli interventi specialistici che vengono praticati sul paziente che a lui si è affidato;

G) Ricerca, sia in campo clinico che epidemiologico;

H) Didattica, sia nei confronti del personale che dei colleghi in fase di formazione;

I) Educazione sanitaria, nei confronti dei propri pazienti.

Dichiarazione preliminare

DEBUROCRATIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI PROFESSIONALI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

1. Le parti individuano nell'interesse del cittadino nella massima semplificazione delle procedure di accesso ai servizi un obiettivo fondamentale del Servizio sanitario nazionale, al quale devono risultare funzionalmente orientate le norme della presente convenzione.

2. Nel quadro delle iniziative tese a rendere operante la semplificazione di cui al comma precedente, le parti riconoscono che, avuto riguardo alla unitarietà organizzativa dell'offerta istituzionale dei servizi da parte della unità sanitaria locale, sia immediatamente perseguita in forma generalizzata la prescrizione diretta di indagini diagnostiche sia da parte dello specialista ospedaliero dipendente dal Servizio sanitario nazionale nell'esercizio delle attività riconducibili ai compiti obbligatori d'istituto, che da parte dello specialista convenzionato interno nei limiti delle competenze fissate dal decreto del Presidente della Repubblica 8 giugno 1987, n. 291.

3. Allo scopo di assicurare la concreta operatività dei principi enunciati ai commi precedenti e di favorirne la diffusione la parte pubblica si impegna a porre in essere, nel rispetto delle competenze proprie di ciascuna delle componenti, le indispensabili iniziative di indirizzo e coordinamento anche in sede di attivazione degli appropriati strumenti normativi che impegnino anche i medici dipendenti del S.S.N. e gli specialisti convenzionati interni, tenendo presente l'esigenza di garantire la unitarietà e la continuità assistenziale nei confronti del singolo soggetto.

Art. 1.

Campo di applicazione

1. La presente convenzione nazionale regola, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato, che si instaura fra il servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale, iscritti negli elenchi di cui all'art. 5.

2. I rapporti libero-professionali che, ai sensi del presente accordo, i medici di medicina generale instaurano con le U.S.L. per lo svolgimento di attività a rapporto orario e di guardia medica saranno regolati dagli accordi nazionali previsti dalle norme citate.

Art. 2.

Graduatorie

1. I medici da incaricare per l'espletamento delle attività disciplinate dal presente accordo sono tratti da graduatorie uniche per titoli, predisposte annualmente a livello regionale.

2. In attesa che venga data attuazione alla direttiva CEE n. 86/457 del 15 settembre 1986, che prevede il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale, i medici che aspirano all'iscrizione nelle graduatorie regionali devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:

a) iscrizione all'albo professionale;

b) non aver compiuto il cinquantesimo anno di età.

3. Si prescinde dal requisito del limite di età per i medici che alla scadenza del termine di cui al comma 4 siano titolari, anche se in altra regione, di incarico disciplinato dal presente accordo.

4. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria annuale i medici devono inviare, con plico raccomandato entro il termine del 30 giugno, all'assessorato alla sanità della regione in cui intendono prestare la loro attività, una domanda conforme allo schema allegato sub lettera *A*), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati.

5. Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 maggio.

6. Il medico che sia già stato iscritto nella stessa graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, oltre alla domanda, soltanto il certificato di iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria.

7. La domanda e la documentazione allegata devono essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.

8. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 3, previo parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 37, predispone una graduatoria unica regionale da valere per l'anno solare successivo, specificando, a fianco di ciascun nominativo il punteggio conseguito, le eventuali situazione di incompatibilita e la residenza.

9. La graduatoria è resa pubblica entro il 15 ottobre sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare all'Amministrazione regionale istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

10. La graduatoria regionale, previo parere obbligatorio del Comitato ex art. 37, è approvata in via definitiva entro il 15 dicembre dall'amministrazione regionale e comunicata alle UU.SS.LL. e agli Ordini provinciali dei medici della Regione.

Art. 3.

Titoli per la formazione delle graduatorie

1. I titoli valutabili ai fini della formazione delle graduatorie sono elencati qui di seguito con l'indicazione del punteggio attribuito a ciascuno di essi:

I - *Titoli accademici e di studio:*

a) iscrizione all'albo professionale per ciascun mese (il punteggio è raddoppiato, punti 0,02 per mese di iscrizione negli albi professionali della regione ove è presentata la domanda) . . . . p. 0,01

b) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e lode . . . . » 1,00

c) diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109. . . . . » 0,50

d) diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104. . . . . » 0,30

e) specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tab. *B:*

per ciascuna specializzazione o libera docenza . . . . » 2,00

f) specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tab. *B*, e successive modificazioni e integrazioni:

per ciascuna specializzazione o libera docenza . . . . » 0,50

g) tirocinio abilitante svolto ai sensi della legge n. 148 del 18 aprile 1975 . . . . » 0,10

II - *Titoli di servizio:*

a) Attività di medico di medicina generale convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978 compresa quella svolta in qualità di associato:

per ciascun mese complessivo . . . . » 0,20

Il punteggio è elevato a 0,30 per mese per l'attività prestata nell'ambito della regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento;

b) attività di sostituzione del medico di medicina generale convenzionato con il S.S.N. solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni) quelle effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 34 sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera *c*):

per ciascun mese complessivo . . . . » 0,20

c) servizio effettivo di guardia medica svolta in forma attiva, anche a titolo di sostituzione, ai sensi dell'apposito accordo sottoscritto in base all'art. 48 della legge n. 833/1978:

per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività . . . . p. 0,20

(Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore);

d) attività di guardia medica svolta in forma di disponibilità e reperibilità ai sensi dell'accordo sottoscritto ex art. 48 della legge n. 833/1978:

per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività . . . . » 0,05

e) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle UU.SS.LL.:

per ciascun mese complessivo . . . . » 0,20

f) attività professionale prestata come medico dipendente da strutture ospedaliere pubbliche (compresa quella derivante da incarichi temporanei) o come medico militare:

per ciascun mese complessivo . . . . » 0,10

g) attività di medico svolta all'estero in medicina interna (o disciplina affine) ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale del 1° settembre 1988, n. 430:

per ciascun mese complessivo . . . . » 0,10

h) attività professionale di medico di medicina generale svolta presso servizi sanitari di pubbliche amministrazioni non espressamente contemplate nei punti che precedono:

per ciascun mese complessivo . . . . » 0,10

i) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:

per ciascun mese. . . . . » 0,05

l) attività professionale diversa da quella considerata al punto *f*), prestata come medico dipendente da amministrazioni pubbliche:

per ciascun mese complessivo . . . . » 0,05

m) attività di sostituzione di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

per ciascun mese complessivo . . . . » 0,10

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio le frazioni di mese superiori a 15 giorni sono valutate come mese intero. Relativamente al servizio di guardia medica di cui al Titolo II, lettera *c*), per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un complesso di ore di attività superiore a 48.

3. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto.

4. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, il voto di laurea, l'anzianità di laurea, e, infine, la maggiore età.

5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

Art. 4.

Incompatibilità

1. In attesa della regolamentazione legislativa della materia, è incompatibile con l'iscrizione negli elenchi di cui al successivo art. 5 il medico che, fermo restando quanto previsto dal punto 6 dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, si trovi in una delle posizioni di incompatibilità previste da leggi o da contratti di lavoro o che:

a) abbia un impegno orario pari o superiore complessivamente a quello stabilito per i medici a tempo pieno dipendente dal S.S.N. in conseguenza di rapporti di lavoro dipendente o convenzionato non incompatibili rientranti nell'ambito degli articoli 47 e 48 della legge n. 833/1978;

b) svolga funzioni fiscali per conto della U.S.L. limitatamente all'ambito nel quale può acquisire scelte;

c) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

d) svolga attività di medico specialista ambulatoriale convenzionato;

e) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni;

f) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionati e soggetti ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/1978;

g) sia iscritto nell'elenco dei medici pediatri di libera scelta convenzionati ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978.

2. L'incompatibilità di cui al comma 1, lettera *f)*, non opera nei confronti dei medici che presso le istituzioni ivi indicate svolgano unicamente attività libero-professionali con carattere di consulenza occasionale, che siano riferite a settori per i quali le istituzioni non sono convenzionate, oppure attività di guardia medica e/o iniettoria e prelievo, essendo titolari di un numero di scelte non superiore al limite al disotto del quale è compatibile l'attività di medico di medicina generale con quella di guardia medica, secondo quanto stabilito dall'accordo collettivo relativo a quest'ultimo settore.

3. Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o espleti funzione assimilabile a quest'ultima, fermo restando quanto previsto dal successivo art. 13 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire scelte da parte dei dipendenti della medesima azienda o dei loro familiari.

4. L'insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal presente articolo comporta la cancellazione dall'elenco di cui all'art. 5.

Art. 5.

Rapporto ottimale

1. Ciascuna U.S.L., anche ai fini dello svolgimento delle procedure di cui all'art. 3, cura la tenuta di un elenco dei medici convenzionati articolato per comuni o gruppi di comuni o distretti sulla base delle indicazioni del piano sanitario regionale o di altra determinazione della Regione.

2. L'ambito territoriale ai fini dell'acquisizione delle scelte deve comprendere popolazione non inferiore a 1.500 abitanti.

3. Il medico operante in un comune comprendente più UU.SS.LL., fermo restando che può essere iscritto nell'elenco di una sola U.S.L. che ne gestisce la posizione amministrativa, può acquisire scelte in tutto l'ambito comunale, ai sensi dell'art. 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

4. Per ciascun comune o altro ambito definito ai sensi del primo comma può essere iscritto soltanto un medico per ogni mille residente o frazione di mille superiore a 500, detratta la popolazione di età compresa fra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

5. Nella determinazione del numero dei medici iscrivibili, oltre che del rapporto di cui al comma precedente, deve tenersi conto anche delle eventuali limitazioni di massimali esistenti a carico dei singoli medici già iscritti nell'elenco, derivino esse dall'applicazione dell'art. 13 o dalla volontà dei medici; questi, tuttavia, non possono fissare per se stessi massimale inferiore a 500 scelte. Il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile prima della scadenza del presente accordo. Per l'applicazione delle norme in materia di rapporto ottinale si richiamano le istruzioni pratiche riportate nell'allegato *B*.

6. In tutti i comuni dell'ambito territoriale di cui ai commi 1 e 2 e nelle zone con almeno 500 abitanti dichiarate carenti di assistenza, sentito il Comitato consultivo di U.S.L., deve essere comunque assicurato un congruo orario di assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente del medico neo-inserito.

7. Ai fini del corretto calcolo del rapporto ottimale e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

8. In caso di modifiche di ambito territoriale il medico conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica si trova inserito, fatti salvi il rispetto dei massimali o quote individuali e il diritto di scelta degli assistiti.

Art. 6.

Copertura delle zone carenti

1. Entro la fine dei mesi di marzo e di settembre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco delle zone carenti di medici di medicina generale convenzionati, individuati nel corso del semestre precedente nell'ambito delle singole UU.SS.LL. sulla base dei criteri di cui al presente articolo.

2. In sede di pubblicazione delle zone carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del medico, l'U.S.L. può indicare il Comune o la zona in cui ai sensi dell'art. 5, sesto comma, deve essere comunque assicurato un congruo orario di assistenza ambulatoriale.

3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi delle zone carenti rese pubbliche secondo quanto stabilito dal comma uno:

a) i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici di medicina generale convenzionati istituiti nell'ambito regionale ai sensi dell'art. 5 ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino iscritti da almeno due anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per incarichi di guardia medica.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna U.S.L. o in Comuni comprendenti più UU.SS.LL. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

4. Gli aspiranti, entro 30 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano separate domande alle UU.SS.LL. competenti indicando a pena di nullità le eventuali altre località carenti per le quali concorrono.

5. In allegato alla domanda devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendenti, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità.

6. Al fine di conferimento degli incarichi nelle località carenti i medici di cui alla lettera *b)* del comma 3 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 2;

b) attribuzione di punti 40 a coloro che al momento della presentazione della domanda di cui al comma 4 non abbiano alcun rapporto di lavoro dipendente, anche al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale o trattamento di pensione o non si trovino in posizione di incompatibilità e che tali requisiti conservino fino al conferimento dell'incarico.

Non è di ostacolo all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di cui al punto *b)*, l'essere titolare, al momento di presentazione della domanda per la copertura della zona carente, di un incarico di lavoro dipendente a titolo precario, purché esso cessi entro 7 giorni dall'accettazione dell'incarico per la copertura della zona carente;

c) attribuzione di punti 5 a coloro che nella località carente per la quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale.

7. Le UU.SS.LL. interpellano prioritariamente i medici di cui alla lettera *a)* del comma 3, in base alla anzianità di iscrizione negli elenchi dei medici di medicina generale convenzionati; laddove risulti necessario, interpellano successivamente i medici di cui alla lettera *b)*, dello stesso comma 3, in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 6.

8. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 37, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

9. È cancellato dalla graduatoria regionale, ai soli fini del conferimento degli incarichi di cui al presente accordo, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 7, comma 1.

10. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di una zona carente avvalendosi della facoltà di cui al comma 3 lettera *a)*, accetta l'incarico ai sensi dell'art. 7, comma 1, decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza.

Art. 7.

Instaurazione del rapporto convenzionale

1. Il medico interpellato ai sensi dell'art. 6 deve, a pena di decadenza, comunicare la sua accettazione entro il termine di sette giorni.

2. Entro i successivi 90 giorni, sempre a pena di decadenza, deve:

aprire nella località carente assegnatagli uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 8 e darne comunicazione alla U.S.L.;

trasferire la residenza nella zona assegnatagli, se risiede in altro Comune, iscriversi all'Albo professionale della provincia in cui gravita la località assegnatagli, se è iscritto in altra provincia.

3. Le UU.SS.LL., avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali, possono consentire, sentito il Comitato ex art. 36 temporanee proroghe al termine di cui al comma 2.

4. Entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dello studio l'U.S.L. procede con proprio personale sanitario alla verifica dell'idoneità dello stesso in rapporto ai requisiti minimi di cui all'art. 8 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a 30 giorni per adeguare lo studio alle suddette prescrizioni. Trascorso tale termine inutilmente il medico decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

5. L'incarico si intende definitivamente conferito con la comunicazione della U.S.L. attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni, di cui al comma 4, qualora la U.S.L. non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà delle UU.SS.LL. di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio.

6. Il medico al quale sia conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco riferito alla zona carente.

7. Al fine di favorire l'inserimento di medici nelle località carenti, con particolare riguardo a quelle disagiate la U.S.L. può, su richiesta del medico, consentire la utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile.

Art. 8.

Requisiti e apertura degli studi medici

1. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale oltre che ai fini della corresponsione del concorso nelle spese riferite all'attività professionale di cui all'art. 41 ciascun medico deve avere la disponibilità di uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del medico di medicina generale è uno studio privato ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 1° marzo 1961, n. 121.

2. Lo studio del medico convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della professione, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea.

3. Detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso di studio medico con destinazione specifica o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione.

4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione fra le due strutture.

5. Lo studio professionale dei medici iscritti negli elenchi salvo quanto previsto in materia di orario di guardia medica, deve essere aperto agli aventi diritto per cinque giorni alla settimana, secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alla necessità degli assistibili iscritti nel suo elenco ed alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza.

6. Il suddetto orario, da comunicare alla U.S.L., deve essere esposto all'ingresso dello studio medico, eventuali variazioni devono essere adeguatamente motivate ed immediatamente comunicate all'U.S.L.

7. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

Art. 9.

Sostituzioni

1. Il medico titolare di scelte che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio deve comunicare alla competente U.S.L. entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni.

2. Le UU.SS.LL. per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito; dal 31° giorno in poi i compensi sono corrisposti direttamente al medico che effettua la sostituzione.

3. I rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalle norme del regolamento allegato sub lettera *C*.

4. Qualora la sostituzione, per particolari situazioni in cui non sia possibile venga effettuata dal medico di medicina generale, sia svolta da un medico iscritto negli elenchi dei pediatri di libera scelta, i compensi allo stesso saranno determinati secondo il trattamento economico previsto per la medicina generale.

5. Il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informarne la U.S.L., la quale provvede a designare il sostituto prioritariamente tra i medici inseriti nelle graduatorie di cui all'art. 2, e secondo l'ordine delle stesse, previlegiando i medici residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito. In tale caso i compensi spettano fin dal primo giorno al medico sostituto.

6. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

7. Tranne che per ipotesi di malattia o per comprovati motivi di studio o per il servizio militare o sostitutivo civile, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'U.S.L. sentito il Comitato di cui all'art. 36, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa ed esamina il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto.

8. Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le UU.SS.LL. possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.

9. Alla sostituzione del medico sospeso dagli elenchi per effetto di provvedimento della Commissione di cui all'art. 38 provvede la U.S.L. con le modalità di cui al comma 3.

10. Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al medico sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del medico di fiducia; variazione che in ogni caso, non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa, anche se questo ultimo risulti essere stato iscritto nell'elenco prima di assumere tale incarico.

11. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del medico nell'elenco.

Art. 10.

Sospensione del rapporto convenzionale

1. Oltre che in esecuzione di provvedimenti della Commissione di disciplina di cui all'art. 38 il medico deve essere sospeso dall'elenco dei convenzionati per tutta la durata del servizio militare o servizio civile sostitutivo, nonché nei casi di servizio prestato all'estero, per tutta la durata dello stesso, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n. 38.

2. Il rapporto convenzionale è sospeso, a domanda dell'interessato, per un periodo massimo continuativo di otto mesi per lo svolgimento di un'attività di lavoro dipendente di natura precaria da usufruire una sola volta durante tutto il rapporto convenzionale.

3. Il rapporto convenzionale è sospeso nei confronti del medico che abbia ottenuto un incarico di specialista ambulatoriale interno ai sensi dell'accordo nazionale che disciplina il settore. La sospensione ha la durata del periodo di prova previsto dall'accordo stesso.

4. Nei casi previsti dai commi 1, 2 e 3 il medico deve farsi sostituire seguendo le modalità stabilite dall'art. 9.

5. L'iscrizione nell'elenco è sospesa di ufficio per sospensione dall'albo professionale.

6. In materia si applicano ovviamente le disposizioni di cui all'art. 9, terzo comma, della legge 23 aprile 1981, n. 154.

Art. 11.

Cessazione del rapporto

1. Il rapporto tra le UU.SS.L. e i medici iscritti negli elenchi cessa:

a) per compimento del 70° anno di età;

b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 38;

c) per recesso del medico, da comunicare alla U.S.L. con almeno un mese di preavviso;

d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 4;

e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 8;

f) per incapacità psico-fisica di svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato e da uno designato dalla U.S.L. e presieduta dal Presidente dell'Ordine dei Medici o suo delegato.

2. Il medico che, dopo cinque anni di iscrizione nello stesso elenco dei medici di medicina generale convenzionati ai sensi del presente accordo, non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n. 50 unità, decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo o non sia direttamente riferibile alla volontà del medico. Il provvedimento è adottato dalla competente unità sanitaria locale, sentiti l'interessato e il comitato di cui all'art. 36.

3. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2 nonché nei casi di cui ai punti *b)* ed *e)* del comma 1, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo due anni dalla cessazione.

4. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.

Art. 12.

Incarichi provvisori

1. Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire le scelte disponibili, la U.S.L. sentito il Comitato consultivo ex art. 36 può conferire ad un medico residente nell'ambito della zona carente, scelto nel rispetto della graduatoria regionale, un incarico temporaneo onde garantire l'assistenza sanitaria nel territorio. Tale incarico, di durata comunque inferiore a sei mesi, cessa nel momento in cui viene individuato il medico avente diritto all'inserimento. Al medico di cui al presente comma sono corrisposti, relativamente agli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi di cui all'art. 41.

2. In caso di decesso del medico convenzionato, il suo sostituto può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti già in carico al medico deceduto per non più di 30 giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

Art. 13.

Massimale di scelte e sue limitazioni

1. I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità.

2. I medici i quali, non soggetti a limitazione del massimale, avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale di 1.800 scelte ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 conservano, in deroga al massimale, tale possibilità personale sino al momento in cui non insorgano motivi di limitazione ai sensi del presente accordo. L'insorgenza, anche temporanea, di motivi di limitazione riconduce a tutti gli effetti il medico al massimale di scelte di cui al comma 1.

3. Eventuali deroghe al suddetto massimale potranno essere autorizzate dalla Regione, in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi del punto 5, comma 3, dell'art. 48 della legge n. 833/78.

4. Nei confronti del medico che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga altre attività compatibili con tale iscrizione, il massimale di scelta è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività.

5. Nei confronti dei medici, anche universitari, a rapporto di impiego pubblico a tempo definito ai sensi dell'art. 35 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761/1979, o di altro impiego pubblico compatibile, oltreché a rapporto di lavoro privato a orario parziale purché compatibile, il massimale individuale è di 500 scelte.

6. Ai fini del calcolo del massimale individuale per i medici soggetti a limitazioni per attività a rapporto orario convenzionale e subordinata, diverse da quelle di cui al comma 5, si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 1.500 scelte per 40 ore settimanali.

7. Ai medici limitati di cui al comma 6, che dispongono per l'attività di medico di medicina generale di un orario

pari o inferiore a 34 ore è consentita l'acquisizione di un numero di 125 scelte da aggiungere a quelle risultanti dal calcolo di cui al comma 6. Se l'impegno orario settimanale è dovuto a lavoro subordinato, anziché 125 scelte si aggiungeranno 69 scelte.

8. Lo svolgimento di altre attività, anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del medico, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

Art. 14.

Scelta del medico

1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto tra medico e assistibile sono fondati sull'elemento fiducia.

2. Ciascun avente diritto, all'atto del rilascio del documento di iscrizione, sceglie direttamente per sé e per i propri familiari il medico di fiducia fra quelli iscritti nell'elenco, definito ai sensi dell'art. 5, in cui è compresa la residenza dell'avente diritto medesimo.

3. Il familiare che abbia raggiunto la maggiore età può effettuare personalmente la scelta del medico.

4. La U.S.L., sentito il parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 36, previa accettazione del nuovo medico di scelta, può consentire che la scelta sia effettuata in favore di un medico iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistibile è residente quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistibile graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolino la normale erogazione dell'assistenza.

5. La scelta è a tempo indeterminato per i cittadini residenti.

6. Per i cittadini non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 1 anno, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al medico della U.S.L. di provenienza del cittadino.

7. Il figlio, il coniuge o il convivente dell'assistito già in carico al medico di medicina generale può effettuare la scelta a favore dello stesso medico anche in deroga al massimale o quota individuale.

Art. 15.

Revoca e recusazione della scelta

1. L'assistibile può revocare in ogni tempo la scelta effettuata dandone comunicazione alla competente U.S.L. Contemporaneamente alla revoca l'assistibile deve effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

2. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistibile può in ogni tempo recusare la scelta dandone comunicazione alla competente U.S.L. Tale revoca deve essere motivata ai sensi dell'art. 25 della Legge n. 833/1978. Tra i motivi della recusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la recusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.

3. Non è consentita la recusazione quando nel Comune non sia operante altro medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte del Comitato di U.S.L. di cui all'art. 36.

Art. 16.

Revoche di ufficio

1. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 526/1982, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della U.S.L. sono riattribuite al medico dal momento della reiscrizione degli stessi nei suddetti elenchi.

2. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistibile ha effetto dal giorno del decesso. L'U.S.L. è tenuta a comunicare la revoca al medico interessato entro un anno dall'evento.

3. In caso di trasferimento di residenza l'U.S.L. presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova scelta, comunica tale circostanza all'U.S.L. di provenienza del cittadino stesso perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta. Le UU.SS.LL. che aggiornano l'archivio assistibili utilizzando le informazioni anagrafiche dei Comuni, possono procedere, nei casi di trasferimento alla revoca d'ufficio. L'U.S.L. è tenuta a comunicare detta revoca al medico ed al cittadino interessati entro 3 mesi dall'evento.

4. Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al medico interessato. Tali comunicazioni sono eseguite contestualmente alle variazioni del mese di competenza.

Art. 17.

Scelta, revoca, recusazione: effetti economici

1. Ai fini della corresponsione dei compensi la scelta, la recusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano nella prima o nella seconda metà del mese.

2. Il rateo mensile dei compensi è frazionabile in ragione del numero dei giorni di cui è composto il mese al quale il rateo mensile si riferisce, quando le variazioni dipendano da trasferimento del medico o da cancellazione o sospensione del medico dall'elenco.

Art. 18.

Elenchi nominativi e variazioni mensili

1. Entro la fine di ciascun semestre le UU.SS.LL. inviano ai medici l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi.

2. Le U.S.L., inoltre, comunicano mensilmente ai singoli medici le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente, allegandovi le copie delle dichiarazioni di scelta o revoca.

3. Se possibile, i dati di cui ai commi 1 e 2 vengono forniti su supporto magnetico.

Art. 19.

Compiti del medico di medicina generale

1. L'inserimento negli elenchi di cui all'art. 5 determina, relativamente all'ambito territoriale di iscrizione di ciascun medico e nei confronti dei cittadini che lo scelgono, l'affidamento al medico stesso della responsabilità in ordine alla tutela della salute del proprio assistito che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi individuali e di educazione sanitaria i quali sono espletati attraverso interventi ambulatoriali e domiciliari.

2. I compiti del medico comprendono:

a) le visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico. Al fine di migliorare lo standard delle prestazioni il medico potrà avvalersi di supporti tecnologici diagnostici e terapeutici sia nel proprio studio sia a livello domiciliare e praticare le altre prestazioni di cui all'elenco Allegato *D*;

b) il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza e di dimissione del proprio paziente, in quanto atti che attengono alla professionalità del medico di medicina generale;

c) l'assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non ambulabili al fine di fornire ad essi atti medici integrati con l'assistenza specialistica e paramedica in stretto collegamento, se necessario, con l'assistenza di tipo sociale;

d) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale ad esclusivo uso del medico, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consenta al medico di collaborare ad eventuali indagini epidemiologiche mirate, da attivare sulla base di programmi nazionali o regionali, sentito il Comitato ex art. 37 e concordati con i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale;

e) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;

f) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983;

g) le visite occasionali.

3. Il medico di medicina generale, inoltre, nel quadro della programmazione regionale e dell'integrazione con tutti i servizi del territorio può eseguire, nei riguardi dei propri assistiti, le seguenti prestazioni sulla base della propria competenza ed a richiesta delle UU.SS.LL.:

a) vaccinazioni e chemioprofilassi tecnicamente e legalmente espletabili;

b) visite periodiche per lavoratori a rischio;

c) compilazione della parte anamnestica ed aggiornamento dei libretti di rischio;

d) certificazioni ai fini dell'idoneità al lavoro.

4. Inoltre al medico di medicina generale può essere affidato quant'altro sia previsto per gli interventi del medico di base da parte dei piani sanitari nazionali e regionali, compresa l'attività didattica e di ricerca e di educazione sanitaria.

5. Le prestazioni e le attività previste dai commi 3 e 4, il cui onere è a carico del Servizio Sanitario nazionale, sono effettuate secondo modalità organizzative e normative concordate con i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale, sentito il Comitato di cui all'art. 37.

6. L'entità dei compensi relativi ai compiti di cui ai commi 3 e 4 è definita secondo le modalità di cui all'art. 48 della legge n. 833/1978.

Art. 20.

Visite ambulatoriali e domiciliari

1. L'attività medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato.

2. La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta venga recepita dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo.

3. A cura della U.S.L. tale norma portata a conoscenza degli assistibili.

4. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.

5. Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonché quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.

6. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i medici che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

Art. 21.

Consulto con lo specialista

1. Il consulto può essere attivato dal medico di medicina generale qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.

2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal medico di medicina generale presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale della U.S.L. del paziente.

3. Il consulto, previa autorizzazione della U.S.L., può essere attuato, su richiesta motivata del medico di famiglia, anche presso il domicilio del paziente.

4. Il medico di famiglia e lo specialista concordano i modi e i tempi di attuazione nel rispetto delle esigenze dei servizi della U.S.L.

5. Qualora lo specialista ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente, può mettersi in contatto con il medico di famiglia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.

Art. 22.

Accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero

1. Il medico di famiglia può accedere, qualora lo ritenga opportuno, presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza o di dimissione del proprio paziente. Tale accesso può essere attivato dal medico di famiglia che concorda con il responsabile del reparto i tempi e i modi di attuazione.

2. Qualora il responsabile del reparto ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente ricoverato può mettersi in contatto con il medico di famiglia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.

Art. 23.

Assistenza farmaceutica e modulario

1. La prescrizione di specialità farmaceutiche e di galenici avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale.

2. Il medico può dar luogo al rinnovo della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

3. Nelle UU.SS.LL. inserite nel sistema regionale di controllo delle prescrizioni mediante le apparecchiature a lettura ottica, è consentita la multiprescrizione fino a 6 pezzi per ricetta per le patologie e le categorie di farmaci che saranno definite dal Ministero della Sanità ai sensi dell'art. 1, comma 9 della Legge n. 37/1989 entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente accordo.

4. Le parti firmatarie del presente accordo possono concordare a livello regionale sperimentazioni riguardanti modalità e procedure idonee a snellire gli adempimenti dei medici e alleviare i disagi dei cittadini oltre che a consentire una migliore raccolta dei dati.

5. Sulla ricetta di cui al decreto ministeriale n. 350/1988 il medico annota il diritto all'esenzione dal pagamento della quota a carico barrando uno degli appositi riquadri A o R, senza altre indicazioni. Qualora non sussista il diritto all'esenzione, il medico annulla, barrandolo, lo spazio destinato al codice.

6. Il diritto all'esenzione dal ticket è regolato nelle forme di legge per le esenzioni da reddito. Nelle altre forme la esenzione è attestata dalla U.S.L. ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto ministeriale 20 maggio 1989 e successive modificazioni ed integrazioni.

7. La necessità della erogazione di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del medico curante alla U.S.L. L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento è disposto dalla U.S.L. secondo modalità organizzative fissate dalla regione.

8. Le parti si impegnano entro tre mesi dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo a concordare la interpretazione delle istruzioni date al medico dal decreto ministeriale n. 350/1988. Nelle more le ricette di cui al citato decreto ministeriale devono contenere le stesse indicazioni previste per l'allegato *C* del decreto del Presidente della Repubblica n. 289/1987.

9. La prima prescrizione farmaceutica in caso di urgenza o di necessità è compilata anche dai medici dipendenti e dagli specialisti convenzionati interni.

Art. 24.

Richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero o di cure termali

1. Il medico, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita o indagine specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.

2. La richiesta di indagine o visita specialistica deve essere corredata dalla diagnosi o del sospetto diagnostico. Esso può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 21.

3. Il medico può dar luogo al rinnovo della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.

4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, in busta chiusa con l'indicazione «al medico curante», suggerendo la terapia e segnalando l'eventuale utilità di successivi controlli specialistici.

5. Qualora lo specialista ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste.

6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, ginecologia, pediatria, psichiatria e oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche.

7. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal medico curante (allegato *E*) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.

8. Il modulario di cui all'art. 23, salvo il disposto del successivo art. 25, è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste di prestazioni specialistiche. Per queste ultime è consentita nei limiti della legge la multiproposta, escludendosi ogni ulteriore adempimento a carico del medico curante. Le Unità sanitarie locali si attiveranno per rispondere alle esigenze legate alla realizzazione dell'ultima norma del presente comma mediante intese da raggiungere all'interno dei Comitati consultivi di cui all'art. 36.

Art. 25.

Certificazione di malattia per i lavoratori dipendenti

1. Le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 23 aprile 1981, n. 155, sono rilasciate dal medico di fiducia del lavoratore utilizzando i moduli allegati sub *F*.

2. Le certificazioni relative ad assenze dal lavoro connesse o dipendenti da prestazioni sanitarie eseguite da medici diversi da quelli di libera scelta non spettano al medico di fiducia.

Art. 26.

Assistenza programmata ad assistiti non ambulabili

1. L'assistenza programmata si articola in tre forme di interventi:

a) assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non ambulabili;

b) assistenza nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette;

c) assistenza domiciliare integrata.

2. L'erogazione dell'assistenza nell'ambito degli istituti di cui al comma 1, lettere *a)* e *c)*, è disciplinata dai protocolli allegati sotto le lettere *G)* e *H)*, mentre l'istituto di cui alla lettera *b)* rimane disciplinato da intese normative ed economiche raggiunte a livello regionale con i sindacati di categoria maggiormente rappresentativi in sede regionale, sentito il comitato ex art. 37.

Art. 27.

Medicina di gruppo

1. Al fine di conseguire un più elevato livello delle prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e medico anche attraverso lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della U.S.L., nonché per favorire la soluzione della maggior parte dei problemi sanitari a livello territoriale, i medici iscritti negli elenchi possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro di gruppo sulla base di un regolamento ispirato ai seguenti principi e criteri organizzativi:

a) l'associazione è libera, volontaria e paritaria;

b) l'accordo che costituisce la medicina di gruppo è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la U.S.L. e l'Ordine dei Medici;

c) del gruppo possono fa parte soltanto medici che svolgono in modo esclusivo l'attività di medico convenzionato;

d) la sede della medicina di gruppo è unica ed articolata in più studi medici;

e) del gruppo fanno parte non meno di tre e non più di sei medici di medicina generale;

f) ciascun medico può far parte soltanto di un gruppo;

g) ciascun partecipante al gruppo è disponibile a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici del gruppo, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito;

h) deve prevedersi la disciplina dell'esecuzione delle prestazioni incentivanti nell'ambito del gruppo;

i) la distribuzione degli orari di presenza dei singoli medici nella sede della medicina di gruppo deve prevedere che ciascuno di essi sia presente per almeno quattro giorni la settimana quando nel quinto giorno sia impegnato in altre attività previste dall'accordo, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non deambulabili, ecc.; altrimenti la presenza deve essere garantita per cinque giorni la settimana;

l) in ogni caso deve essere assicurata l'assistenza nello studio per almeno sei ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio secondo un orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi deve essere assicurata presso la sede la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante l'uso di segreteria telefonica;

m) a ciascun medico del gruppo vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;

n) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno del gruppo senza l'autorizzazione del medico titolare della scelta e la richiesta in tal senso dell'assistito;

o) all'interno del gruppo può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, ecc., allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;

p) la suddivisione delle spese di gestione dell'ambulatorio viene liberamente concordata tra i componenti del gruppo.

2. A livello di regione o di U.S.L. con i sindacati di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale possono essere concordati, sentito rispettivamente il comitato ex art. 37 o quello ex art. 36 protocolli di collaborazione volti al conseguimento degli obiettivi dei piani sanitari regionali, con particolare riguardo all'educazione sanitaria, anche prevedendo adeguate forme di incentivazione aventi prevalentemente carattere organizzativo e/o strutturale.

3. Atteso il carattere innovativo della pratica del lavoro di gruppo si conviene che per il periodo di validità del presente accordo il comitato ex art. 36 dovrà verificarne l'andamento in relazione al miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso opportune forme di monitoraggio dell'istituto.

Art. 28.

Interventi socio-assistenziali

1. Il medico di famiglia sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito derivante dall'osservazione prolungata dello stesso anche in rapporto al contesto familiare, riferito oltreché alle condizioni sanitarie, anche a quelle sociali ed economiche, ove lo ritenga necessario segnala ai servizi sociali individuati dall'U.S.L. l'esigenza di particolari interventi socio-assistenziali.

Art. 29.

Collegamenti con i servizi di guardia medica

1. Il medico di famiglia secondo scienza e coscienza valuta l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisicopatologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di guardia medica.

Art. 30.

Visite occasionali

1. I medici iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistibili che li hanno preventivamente scelti.

2. I medici, tuttavia, salvo quanto previsto dall'art. 42 in materia di guardia medica e di assistenza nelle località turistiche, prestano la propria opera, anche in mancanza di scelta preventiva, secondo quanto disposto dall'art. 1, lettera *b)*, del decreto-legge 25 gennaio 1982, n. 161, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 marzo 1982, n. 98:

a) in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrano all'opera del medico;

b) in favore degli stranieri in temporaneo soggiorno in Italia, che esibiscano il prescritto documento comprovante il loro diritto all'assistenza sanitaria a carico del servizio sanitario pubblico.

3. Nel riepilogo mensile delle prestazioni le visite occasionali sono elencate con l'indicazione di nome e cognome dell'avente diritto, numero del libretto, Regione di provenienza, indirizzo o numero della U.S.L. di appartenenza.

4. Le visite di cui al presente articolo sono compensate con le tariffe omnicomprensive previste dalla legge in vigore.

5. Qualora in futuro venga legislativamente riaffidata alle parti la contrattazione delle tariffe per le visite occasionali, queste restano fin da ora determinate nelle seguenti misure:

visita ambulatoriale . . . . L. 20.000
visita domiciliare . . » 40.000

Art. 31.

Divieto di esercizio di libera professione

1. Ai medici iscritti negli elenchi è fatto divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati relativamente ai compiti che agli stessi sono affidati dal presente accordo.

Art. 32.

Aggiornamento obbligatorio e facoltativo
Formazione permanente

1. Le Regioni annualmente, d'intesa con gli Ordini dei medici e i Sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi avvalendosi ove possibile anche della collaborazione delle Società professionali di medicina generale, emanano norme generali sui temi prioritari per la formazione permanente obbligatoria del medico di medicina generale, anche in relazione alla attuazione dei progetti obiettivo. Le attività di aggiornamento professionale obbligatorio si svolgono a cura dell'U.S.L. utilizzando appropriati metodi pedagogici e personale appositamente addestrato (animatori di formazione permanente).

2. Stabilite a livello regionale le linee di coordinamento ed indirizzo, la programmazione complessiva dei corsi, dei metodi, della strutturazione temporale degli stessi e quella economico-gestionale le UU.SS.LL. provvedono alla attuazione dei corsi.

3. I temi della formazione obbligatorio sarannno scelti in modo da rispondere:

a) ai bisogni organizzativi del servizio (programmi obiettivo), azioni programmate, qualità e quantità delle prestazioni, patologie emergenti, ecc.;

b) ai bisogni professionali dei medici (evoluzione delle conoscenze scientifiche).

4. I corsi di formazione saranno di norma organizzati prevedendo:

a) idonee modalità per la rilevazione dei bisogni del servizio (Comitato consultivo regionale, commissioni professionali, rilevazioni dati sulla erogazione dell'assistenza e sulla verifica di qualità);

b) idonee modalità per la rilevazione dei bisogni dei medici (questionari, inchieste rivolte ai medici, ecc.);

c) lo svolgimento preferenziale secondo la metodologia didattica dell'apprendimento per obiettivi;

d) la partecipazione di piccoli e medi gruppi;

e) appropriate modalità per la valutazione della qualità dei corsi;

f) idonee modalità per la valutazione formativa dei partecipanti.

5. I corsi fatta salva una diversa determinazione concordata a livello regionale, si svolgeranno il sabato mattina per almeno 8 sabati per almeno 32 ore annue; al medico partecipante vengono corrisposti i normali compensi. La U.S.L. adotta i provvedimenti necessari a garantire il servizio durante le ore di aggiornamento. In caso di svolgimento in giorno diverso i partecipanti hanno diritto al pagamento della sostituzione con onere a carico della U.S.L.

6. Le UU.SS.LL. al termine di ciascun corso rilasciano un attestato relativo alle materie del corso frequentato.

7. Con accordi a livello regionale tra la Regione, Ordini dei Medici, Sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi e Società professionali della medicina generale saranno prese iniziative per l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un *curriculum* formativo specifico, da individuarsi tra i medici inseriti negli elenchi della medicina generale.

8. Gli animatori per la loro attività ricevono un compenso concordato a livello regionale.

9. L'attività di animatore non comporta riduzione del massimale individuale.

10. A cura della Regione gli animatori di formazione sono iscritti in apposito Albo regionale tenuto dal Comitato regionale ex art. 37.

11. I corsi di cui ai commi precedenti sono a carico del S.S.N.

12. Il medico di medicina generale, previa comunicazione all'U.S.L., ha la facoltà di partecipare a proprie spese a corsi non organizzati né gestiti direttamente dalle UU.SS.LL., limitatamente alla quota parte corrispondente ai bisogni professionali dei medici e cioè fino alla concorrenza della metà del tempo previsto per l'aggiornamento.

13. Il medico che partecipa ai corsi di cui al comma 12, riconosciuti ed accreditati dalla F.N.OO.MM.CeO, avrà pari riconoscimento di partecipazione alla formazione obbligatoria, se corrispondente al numero delle ore relative ai corsi programmati a questo scopo.

14. Il medico sarà tenuto a frequentare obbligatoriamente i corsi destinati a temi corrispondenti ai bisogni organizzativi del servizio.

15. La formazione permanente deve prevedere una destinazione di risorse vincolate a questo scopo.

Art. 33.

Comunicazioni del medico alla U.S.L.

1. Il medico iscritto negli elenchi è tenuto a comunicare sollecitamente alla U.S.L. competente ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la domanda di partecipazione alle graduatorie di cui all'art. 2, nonché l'insorgere di situazioni di incompatibilità previste dall'art. 4.

2. In ogni caso la U.S.L. competente o la Regione può richiedere annualmente al medico una dichiarazione da rilasciare entro un termine non inferiore a quindici giorni, attestante la sua situazione soggettiva professionale con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, le limitazioni del massimale, la corresponsione dell'indennità di disponibilità. Il medico nella cui posizione soggettiva non siano intervenute modificazioni, non è tenuto a inviare la richiesta dichiarazione.

3. Il medico è altresì tenuto a soddisfare le richieste di informazioni previste dall'art. 24, lettera *C*, della legge n. 730/1983.

4. In caso di astensione dell'attività assistenziale in dipendenza di agitazioni sindacali, il medico è tenuto a comunicare alla U.S.L. di iscrizione l'eventuale non adesione all'agitazione entro 24 ore dall'inizio dell'agitazione a mezzo telegramma. La mancata comunicazione comporta la trattenuta della quota relativa al periodo di astensione dall'attivita convenzionata.

Art. 34.

Diritti sindacali

1. Ai membri di parte medica eletti in tutti i Comitati e Commissioni previste dal presente Accordo è rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi.

2. Tale onere è a carico della Regione e delle singole U.S.L., rispettivamente per i Comitati e le Commissioni regionali e di U.S.L.

3. I rappresentanti dei sindacati medici di categoria a carattere nazionale e regionale, i medici nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i medici eletti al Parlamento o ai consigli regionale, provinciale e comunale possono avvalersi, con oneri a loro carico, della collaborazione professionale di medici con compenso orario. Detto compenso, omnicomprensivo, non può essere inferiore al costo globale orario previsto dall'accordo collettivo ex art. 48 della legge n. 833/1978 concernente gli incarichi non specialistici a rapporto orario con le UU.SS.LL.

4. A titolo di concorso negli oneri per sostituzioni collegate allo svolgimento di compiti sindacali, a ciascun sindacato firmatario viene riconosciuta la disponibilità di 30 ore settimanali per ogni gruppo di 1.000 iscritti o frazione di 1.000 superiore a 500. Nelle Regioni o Province autonome in cui operano meno di 1.000 medici di medicina generale viene riconosciuta la disponibilità di 10 ore settimanali a quei sindacati firmatari che associano almeno il 40% dei medici iscritti negli elenchi.

5. Il numero dei medici di medicina generale iscritti è rilevato a livello regionale sulla base del numero dei medici a carico dei quali — per ciascun sindacato — viene effettuata, a cura delle UU.SS.LL., la trattenuta della quota sindacale.

6. La segreteria nazionale del sindacato comunica ogni anno congiuntamente a tutte le regioni i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario accertata come sopra, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

7. A ciascuno dei sindacati firmatari viene inoltre riconosciuta la disponibilità su base nazionale di 20 ore settimanali per ogni 2.000 iscritti o frazione di 2.000 superiore a 1.000.

8. Ai fini dell'attribuzione delle ore disponibili su base nazionale i sindacati firmatari comunicano al Ministero della sanità il numero complessivo dei medici di medicina generale da ciascuno di essi associati a livello nazionale, ripartito per Regione, corredando tale comunicazione di specifiche dichiarazioni degli Assessorati Regionali alla Sanità circa il numero dei medici associati in ciascuna regione.

9. La comunicazione di cui al comma 8, che indica anche i nominativi dei medici che si avvalgono della disponibilità anzidetta nonché il numero delle ore settimanali a ciascuno di essi assegnato, è inviata anche alle Regioni nelle quali i medici interessati operano.

10. Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del presente articolato comunica alla propria U.S.L. il nominativo del medico che l'ha sostituito nel mese precedente e il numero delle ore di sostituzione. Entro il mese successivo si provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, sulla base di un compenso orario pari alla misura tabellare iniziale prevista dall'accordo ex art. 48 della legge n. 833/1978 per i medici

a rapporto orario addetti ad attività non specialistiche (medicina dei servizi). Il compenso è liquidato, a seconda del sistema di pagamento localmente adottato, direttamente, dalla Regione oppure dalla U.S.L. che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato.

Art. 35.

Quote sindacali

1. La riscossione delle quote sindacali per i sindacati firmatari del presente accordo avviene su delega del medico attraverso le UU.SS.LL. con versamento in c/c intestato ai tesorieri dei sindacati firmatari del presente accordo per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.

2. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide.

3. I costi del servizio di esazione sono a carico dei sindacati.

Art. 36.

Comitato consultivo di U.S.L.

1. In ciascuna U.S.L. è costituito un comitato composto da:

a) il presidente della U.S.L. o suo delegato, che lo presiede;

b) due membri effettivi e due supplenti designati dal comitato di gestione della U.S.L.;

c) tre membri effettivi e tre supplenti in rappresentanza dei medici generali convenzionati.

2. I rappresentanti dei medici sono eletti tra i medici iscritti nell'elenco della medicina generale di ciascuna U.S.L. con il sistema proporzionale tra liste concorrenti, dai medici di medicina generale convenzionati iscritti negli elenchi e operanti nell'ambito della U.S.L. per la quale deve essere istituito il comitato.

3. Le elezioni dei rappresentanti dei medici sono svolte a cura della Federazione regionale degli Ordini dei medici, avvalendosi della collaborazione degli Ordini provinciali.

4. La Federazione regionale degli Ordini proclama gli eletti.

5. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario di parte pubblica.

6. Il comitato esprime parere obbligatorio sui seguenti argomenti:

a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 13;

b) autorizzazione di scelte in deroga ai sensi dell'art. 14;

c) motivi di incompatibilità agli effetti delle recusazioni di cui all'ultimo comma dell'art. 15;

d) cessazione del rapporto ai sensi dell'art. 11, lettera *e)*.

7. Inoltre, in ordine alla migliore organizzazione della medicina di base, partecipa alle conferenze di organizzazione predisposte dalla U.S.L. e collabora alla:

a) impostazione di programmi statistico-epidemiologici attivati a livello locale sulla base delle indicazioni regionali e/o nazionali e concernenti l'attività dei medici convenzionati per la medicina generale;

b) organizzazione delle iniziative in materia di aggiornamento professionale nell'area della medicina di base, in particolare per quanto riguarda la individuazione dei temi aventi rilevanza locale.

8. Su tutte le questioni inerenti ai rapporti tra la medicina generale e gli altri servizi delle UU.SS.LL. deve essere acquisito il parere del Comitato di cui al presente articolo.

Art. 37.

Comitato consultivo regionale

1. In ciascuna regione è istituito un comitato composto di:

a) assessore regionale alla sanità o suo delegato con funzioni di presidente;

b) cinque membri effettivi e tre supplenti in rappresentanza delle UU.SS.LL. della Regione, designati dall'ANCI e dall'UNCEM;

c) sei membri effettivi e tre supplenti in rappresentanza dei medici generali convenzionati.

2. I rappresentanti dei medici, che devono essere iscritti nell'elenco regionale della medicina generale convenzionata, vengono eletti dai medici iscritti nell'elenco stesso con il sistema elettorale proporzionale tra liste concorrenti.

3. Le elezioni dei rappresentanti dei medici sono svolte a cura della Federazione regionale degli Ordini avvalendosi della collaborazione degli Ordini provinciali.

4. La Federazione regionale proclama gli eletti.

5. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario di parte pubblica.

6. In caso di assenza od impegno del presidente le relative funzioni sono svolte dal componente più anziano di parte pubblica.

7. La sede del comitato è indicata dalla regione.

8. Il comitato esprime parere nei casi previsti dal presente accordo, ivi compresa l'attuazione, nell'ambito del territorio della regione, dei servizi di guardia medica e dei programmi di aggiornamento professionale obbligatorio per i medici generali convenzionati.

9. Il comitato formula proposte ed esprime pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente accordo e per un corretto ricorso all'assistenza da parte degli assistiti, anche in riferimento a problemi o situazioni particolari locali che siano ad esso sottoposte dal presidente o da almeno 1/3 dei suoi componenti.

10. Svolge inoltre ogni altro compito assegnatogli dal presente accordo.

11. La sua attività è comunque finalizzata a fornire indirizzi uniformi per l'applicazione dell'accordo.

Art. 38.

Commissione regionale di disciplina

1. In ciascuna regione, con provvedimento della Giunta regionale, e istituita una commissione di disciplina composta da:

a) il Presidente dell'Ordine provinciale dei medici della città capoluogo di regione o suo delegato, che la presiede;

b) tre membri medici e un esperto designati dall'Assessore regionale alla sanità, sentiti l'ANCI e l'UNCEM regionali; un membro medico designato dalla U.S.L. interessata;

c) tre membri medici e un esperto designati dal Consiglio direttivo della Federazione regionale degli Ordini dei medici su indicazione unitaria effettuata, di norma, d'intesa fra i sindacati medici di categoria più rappresentativi a livello nazionale.

2. La sede della commissione è indicata dalla Regione.

3. Ai fini della nomina di cui al comma 1 il presidente della Federazione regionale degli ordini dei medici invita, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, i sindacati medici nazionali di categoria a procedere alla designazione unitaria dei medici da nominare.

4. Nel caso che i sindacati non facciano pervenire detta designazione entro trenta giorni dal ricevimento dell'invito, il consiglio direttivo della Federazione regionale degli ordini dei medici provvede direttamente a nominare la rappresentanza medica in seno alla commissione.

5. I medici di nomina ordinistica devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) età non inferiore a 40 anni;

b) anzianità di laurea non inferiore a 15 anni;

c) attività di medicina generale svolta in regime convenzionale per un periodo non inferiore a 10 anni;

d) essere iscritti negli elenchi dei medici convenzionati.

6. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario designato dalla regione.

7. La U.S.L. provvede all'istruttoria del caso avvalendosi della collaborazione del Comitato di cui all'art. 36 prima dell'eventuale deferimento alla Commissione di cui al presente articolo.

8. La commissione esamina i casi dei medici ad essa deferiti dalla U.S.L., per inosservanza delle norme del presente accordo, iniziando la procedura entro un mese dalla data di deferimento.

9. Al medico deferito sono contestati gli addebiti ed è garantita la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni.

10. La commissione propone alla U.S.L. con atto motivato l'adozione di uno dei provvedimenti che seguono:

richiamo con diffida per trasgressioni ed inosservanza degli obblighi e dei compiti previsti dall'accordo;

riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di sei mesi: per inadempienze già oggetto di richiamo con diffida;

sospensione del rapporto per durata non superiore a due anni:

per gravi infrazioni anche finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali;

per omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti incompatibilità, ai sensi dell'art. 4 dell'accordo;

per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla riduzione del trattamento economico;

revoca: per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla sospensione del rapporto.

11. I provvedimenti devono essere adottati dalla U.S.L. in conformità alle proposte della commissione di disciplina e sono definiti. Essi sono notificati agli interessati e comunicati all'Ordine dei Medici ed alla Commissione di cui al presente articolo.

Art. 39.

Istituzione, durata in carica e funzionamento degli organismi collegiali. Spese per l'elezione dei rappresentanti dei medici.

1. I comitati consultivi di cui agli articoli 36 e 37 e la commissione disciplinare di cui all'art. 38 devono essere istituiti entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente accordo e durano in carica fino alla nomina delle nuove commissioni e comitati a seguito del rinnovo dell'accordo stesso.

2. La Commissione e i comitati sono validamente riuniti se è presente la maggioranza dei loro componenti e le loro deliberazioni sono valide se adottate dalla maggioranza dei presenti.

3. In caso di parità di voti prevale il voto del presidente.

4. Gli esperti partecipano alle sedute della commissione di cui all'art. 38 senza diritto di voto.

5. È incompatibile, per i componenti di parte medica, la nomina contemporanea in più comitati o commissioni.

6. I supplenti partecipano alle riunioni dei comitati con diritto di parola e di voto solo in caso di assenza dei titolari.

7. Le spese per le elezioni dei rappresentanti dei medici di medicina generale in seno ai Comitati di cui agli aricoli 36 e 37 sono a carico di tutti i medici iscritti negli elenchi.

8. Le UU.SS.LL. provvedono al pagamento delle spese suddette a carico di un fondo costituito da quote trattenute sui compensi dovuti a ciascun medico, nella misura indicata dall'Ordine dei Medici.

Art. 40.

Commissione professionale

1. In ogni Regione è costituita ai sensi dell'art. 24 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, una Commissione Professionale cui sono affidati, nel rispetto dei principi sanciti in detto art. 24, i seguenti compiti:

a) definire gli standards medi assistenziali che tengono conto anche della situazione demografica, patologica e organizzativa locale;

b) definire il parametro di spesa regionale inteso come dato indicativo per il comportamento prescrittivo responsabile del medico e per le Commissioni professionali;

c) fissare le procedure per la verifica di qualità della assistenza tenendo conto degli standards assistenziali definiti e dei parametri di spesa fissati dalla Regione sulla base di indici medi regionali di spesa raccordati a quelli nazionali, prevedendo, nei casi di eccessi di spesa, anche le modalità per la contestazione al medico assicurando la preventiva informazione ed il confronto obbligatorio con il medico stesso;

d) stabilire nei casi di reiterate inadempienze le ipotesi in cui si debba far luogo al deferimento del medico alla Commissione di cui all'art. 38.

2. Per gli adepimenti di cui al comma 1 le UU.SS.LL. hanno l'obbligo di comunicare periodicamente ai medici ed alla Commissione professionale il parametro di spesa regionale, lo standard medio assistenziale dei diversi presidi e servizi delle UU.SS.LL., nonché il comportamento prescrittivo dei singoli medici convenzionati, evidenziando in particolare quello relativo alla prescrizione farmaceutica e alla richiesta di indagini strumentali e di laboratorio, di consulenza specialistica e di assistenza ospedaliera, curando di separare i casi in cui la richiesta provenga autonomamente dal medico o sia stata richiesta da altri presidi sanitari.

3. La Commissione professionale regionale, nominata con provvedimento della Regione, è presieduta dal Presidente dell'Ordine dei Medici della città capoluogo di Regione ed è così costituita:

a) cinque esperti qualificati nominati dalla Regione scelti tra dipendenti delle strutture universitarie e del Servizio sanitario nazionale;

b) quattro rappresentanti dei medici di medicina generale convenzionati scelti dai membri di parte medica del Comitato consultivo regionale;

c) un funzionario della carriera direttiva amministrativa della Regione con funzioni di segretario.

4. La Commissione, inoltre, anche sulla base delle segnalazioni dei dirigenti sanitari di cui all'art. 43, individua almeno due tra i seguenti progetti di valutazione e revisione della qualità dell'assistenza medico-generica:

a) valutazione e revisione delle procedure di avvio (e di accettazione) in ricovero ospedaliero e analisi dei rapporti tra medico di medicina generale e medico ospedaliero con riferimento ai soggetti spedalizzati (da svolgere in collaborazione con il nucleo ospedaliero della Commissione VRQ di U.S.L.;

b) analisi e valutazione dei comportamenti prescrittivi dei medici di medicina generale con riferimento ad indicatori aggregati relativi alla assistenza farmaceutica, alla diagnostica strumentale, agli accertamenti specialistici ed ai ricoveri ospedalieri, normalizzati per età e sesso degli assistiti, relativamente ai parametri nazionali, regionali e di U.S.L.;

c) analisi delle possibili modalità di coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle rilevazioni e nelle valutazioni delle situazioni epidemiologiche locali;

d) analisi dei rapporti cittadino/medico di base secondo motivazioni di accesso e tipologie di prestazioni richieste: valutazioni e proposte per la creazione di condizioni di miglioramento dei rapporti anche mediante intervento del S.S.N. sia verso gli assistiti che verso i medici convenzionati;

e) l'informazione scientifica e l'aggiornamento professionale del medico di medicina generale: analisi del ruolo svolto dal S.S.N., dall'industria farmaceutica e tecnologica, dalle associazioni sindacali e scientifiche, dai convegni di studio, dalla pubblicistica scientifica e di divulgazione, così come sono al presente e come potrebbero essere rivisitandone il ruolo secondo le esigenze professionali dei medici;

f) valutazione comparativa dei modelli di schede cliniche individuali in uso presso i medici di medicina generale convenzionati e proposte per l'avvio di processi di omogeneizzazione delle informazioni necessarie ai fini di gestione e di analisi epidemiologica;

g) ulteriori programmi possono essere concordati in sede locale con riferimento ad aspetti critici della situazione assistenziale.

5. In relazione ai compiti di cui al comma 4 la Commissione è tenuta ad operare anche su richiesta di una o più UU.SS.LL. In caso di inattività la Commissione è convocata dall'Assessore regionale alla Sanità.

Art. 41.

Trattamento economico

1. Il trattamento economico del medico iscritto negli elenchi della medicina generale si compone delle seguenti voci:

A) Onorario professionale;

B) Quota aggiuntiva professionale;

C) Indennità di piena disponibilità;

D) Indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale;

E) Concorso nelle spese per la produzione del reddito;

F) Compenso per variazione degli indici del costo della vita;

G) Contributo previdenziale;

H) Contributo per assicurazione di malattia;

I) Compensi per eventuali visite occasionali e prestazioni di particolare impegno professionale;

L) Indennità di qualificazione dello studio professionale;

M) Indennità di collaborazione informatica;

N) Indennità di collaboratore di studio medico;

O) Maggiorazioni per zone disagiatissime.

A) *Onorario professionale.*

A1 - Ai medici iscritti negli elenchi della medicina generale è corrisposto per ciascun assistibile in carico un compenso forfettario annuo, come da tabella che segue, distinto secondo l'anzianità di laurea del medico:

Anzianità di laurea	Compenso forfettario annuo			
	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
da 0 a 6 anni	20.955	22.419	23.683	24.277
oltre 6 fino a 13 anni	22.983	24.588	25.975	26.626
oltre 13 fino a 20 anni	25.094	26.847	28.361	29.072
oltre 20 anni	27.205	29.105	30.747	31.517
oltre 27 anni	—	—	—	33.117

A2 - Ai medici di medicina generale che svolgono la propria attività sotto forma di medicina di gruppo ai sensi dell'art. 27, l'onorario professionale è dovuto nelle seguenti misure annue:

Anzianità di laurea	Compenso forfettario annuo			
	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
da 0 a 6 anni	22.388	23.952	25.303	25.937
oltre 6 fino a 13 anni	24.554	26.269	27.750	28.446
oltre 13 fino a 20 anni	26.810	28.683	30.300	31.060
oltre 20 anni	29.065	31.096	32.850	33.673
oltre 27 anni	—	—	—	35.380

B) *Quota aggiuntiva professionale.*

Per lo svolgimento di specifiche e più qualificate prestazioni professionali a favore dei propri assistiti, quali la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale (art. 19), la compilazione per estratto della suddetta scheda da rilasciarsi ai fini del ricovero in strutture di degenza nonché del servizio militare di leva (art. 24), il consulto con il medico specialista (art. 21), la continuità assistenziale nei confronti dei propri assistibili mediante accesso alle strutture di degenza (art. 22), ai medici è corrisposta, per ciascun assistibile in carico, una quota aggiuntiva professionale nella misura annua specificata nella tabella che segue:

Anzianità di laurea	Quota aggiuntiva professionale annua			
	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
da 0 a 6 anni.	2.149	2.299	2.429	2.490
oltre 6 fino a 13 anni	2.357	2.522	2.664	2.731
oltre 13 fino a 20 anni	2.574	2.754	2.909	2.982
oltre 20 anni	2.790	2.985	3.154	3.233
oltre 27 anni	—	—	—	3.433

C) *Indennità di piena disponibilità.*

Ai sanitari che svolgono attività di medico di medicina generale ai sensi del presente accordo e che non hanno altro tipo di rapporto, di dipendenza o convenzione, con il Servizio sanitario nazionale — ad esclusione di rapporti nell'ambito della guardia medica e della medicina dei servizi, di quelli di medico-generico di ambulatorio di cui alla norma finale annessa all'accordo con gli specialisti ambulatoriali nonché di rapporti intrattenuti con il Ministero della sanità per l'erogazione dell'assistenza medico-generica a questo demandata dalla legge n. 833/1978 — o con altre istituzioni pubbliche o private, spetta per ciascun assistibile in carico e fino alla concorrenza del massimale di 1.500 scelte, una indennità annua, nelle seguenti misure:

Per i primi 500 assistibili:

Anzianità di laurea	Indennità di piena disponibilità			
	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
da 0 a 6 anni	2.744	2.936	3.101	3.179
oltre 6 fino a 13 anni	2.918	3.122	3.298	3.381
oltre 13 fino a 20 anni	3.099	3.315	3.502	3.590
oltre 20 anni	3.279	3.508	3.706	3.799
oltre 27 anni	—	—	—	4.000

Per gli assistibili da 501 a 1.500:

Anzianità di laurea	Indennità di piena disponibilità			
	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
da 0 a 6 anni	2.538	2.715	2.868	2.940
oltre 6 fino a 13 anni	2.712	2.901	3.065	3.142
oltre 13 fino a 20 anni	2.892	3.094	3.269	3.351
oltre 20 anni	3.073	3.287	3.473	3.560
oltre 27 anni	—	—	—	3.750

D) *Indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale.*

D1 - Ai medici di medicina generale è corrisposto per ciascun assistibile in carico un'indennità forfettaria annua, come da tabella che segue:

Indennità di rischio e avviamento professionale	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
Per i primi 500 assistibili	12.490	13.363	14.116	14.470
Per gli assistibili da 501 fino al massimale o alla quota individuale	9.790	10.473	11.064	11.341

D2 Ai medici di medicina generale che svolgono la propria attività sotto forma di medicina di gruppo ai sensi dell'art. 27, l'indennità è dovuta nelle seguenti misure annue:

indennità di rischio e avviamento professionale	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
Per i primi 500 assistibili	13.253	14.179	14.978	15.354
Per gli assistibili da 501 fino al massimale o alla quota individuale.	10.387	11.113	11.740	12.034

D3 - Nulla è dovuto a titolo di indennità di rischio e avviamento professionale per gli assistibili oltre il massimale o la quota individuale.

E) *Concorso nelle spese per la produzione del reddito.*

E1 - Ai medici iscritti negli elenchi dei medici di medicina generale è corrisposto un concorso forfettario nelle spese sostenute in relazione alle attività professionali e in particolare per la disponibilità dello studio medico conforme alle prescrizioni dell'art. 8, per la disponibilità del telefono, per i mezzi di trasporto necessari e per ogni altro strumento utile allo svolgimento dell'attività a favore degli assistiti.

Al titolo in questione per ciascun assistibile in carico è corrisposto un concorso forfettario annuo nelle misure risultanti dalla tabella che segue:

Concorso nelle spese di produzione di reddito	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
Per i primi 500 assistibili	12.109	12.955	13.685	14.028
Per gli assistibili da 501 fino al massimale o alla quota individuale.	9.491	10.153	10.726	10.995

E2 Ai medici di medicina generale che svolgono la propria attività sotto forma di medicina di gruppo ai sensi dell'art. 27 il concorso spese è dovuto nelle seguenti misure annue:

Concorso nelle spese di produzione di reddito	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
Per i primi 500 assistibili	12.872	13.771	14.547	14.912
Per gli assistibili da 501 fino al massimale o alla quota individuale.	10.088	10.793	11.402	11.688

E3 Nulla è dovuto a titolo di concorso spese per gli assistibili oltre il massimale o la quota individuale.

E4 Il concorso nelle spese viene erogato dall'U.S.L. in rate mensili.

E5 - Il contributo non compete o compete in misura proporzionalmente ridotta, quando il medico ritenga di avvalersi per l'espletamento degli obblighi convenzionali, di servizi e personale di collaborazione forniti dall'U.S.L.

In tal caso l'U.S.L. accerta e documenta le spese sostenute per assicurare al medico convenzionato, per questa sua specifica attività, servizi e personale di collaborazione: ove il medico non concordi, l'accertamento effettuato dalla U.S.L. viene verificato in sede di Comitato ex art. 36, tenendo presente l'entità sia dell'attività convenzionale svolta sia dei compiti di medicina pubblica esercitati nella medesima struttura, nonché l'opportunità di incentivare la più ampia capillarizzazione del servizio pubblico.

Verificata la spesa di cui al comma precedente, essa va imputata innanzitutto alle somme da corrispondere al medico a titolo di concorso nelle spese di produzione del reddito; ove non vi sia capienza, l'eccedenza va imputata alle somme da corrispondere al medico a titolo di indennità forfettaria a copertura del rischio e avviamento professionale di cui al precedente punto D).

F) *Compenso per variazione dell'indice del costo della vita.*

Le parti convengono che ai medici iscritti negli elenchi della medicina generale sono attribuite quote mensili di caro-vita determinate in linea con i criteri di cui alla legge n. 38 del 26 febbraio 1986 e all'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica n. 13 del 1° febbraio 1986 con le seguenti specificazioni:

a) l'adeguamento delle quote di carovita avviene con cadenza semestrale, con riferimento alla variazione dell'indice sindacale registrato nel semestre precedente;

b) le quote vengono corrisposte in aggiunta a quelle dovute in base alle norme del decreto del Presidente della Repubblica n. 289/1987;

c) il compenso tabellare che, sommato alle quote di carovita spettanti nel semestre precedente, costituisce la base di calcolo per l'applicazione dei criteri di cui alla legge n. 38/1986 e al decreto del Presidente della Repubblica n. 13/1986, è rappresentato dal valore iniziale dell'onorario professionale di cui alla lettera A) individuato in L. 23.683 per l'anno 1990 e L. 24.277 per l'anno 1991, moltiplicato per il numero delle scelte in carico al singolo medico in ciascun mese, con il tetto massimo di 1.500 scelte;

d) ai medici con un numero di scelte inferiori a 447 unità spetta un incremento delle quote di carovita corrispondente a quello riferito a 477 scelte decurtato di un decimo per ogni 50 scelte — o frazione di 50 superiore a 25 — al di sotto del limite di 477. Le quote di carovita non spettano a coloro che comunque e a qualsiasi titolo usufruiscano di meccanismi automatici di adeguamento dei compensi al costo della vita. Le quote di carovita spettano ai pensionati che in dipendenza dell'incarico di cui sono titolari ai sensi del presente accordo, non percepiscono l'indennità integrativa speciale connessa con il trattamento pensionistico.

G) *Contributo previdenziale.*

Per i medici iscritti negli elenchi della medicina generale viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui al 2° comma del punto 6 dell'art. 9 della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al 20% (venti per cento) dell'ammontare degli emolumenti relativi ai punti A), B) e F) del presente articolo, di cui il 13% a carico della U.S.L. e il 7% a carico del medico.

I contributi devono essere versati all'ente gestore del fondo di previdenza trimestralmente, con l'indicazione dei medici a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 giorni successivi alla scadenza del trimestre.

H) *Contributo per assicurazione di malattia.*

Per far fronte al pregiudizio derivante dagli eventi di malattia è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,5% (zero virgola cinque per cento) dei compensi relativi ai punti A), B) ed F) del presente articolo, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.

Con le stesse cadenze del contributo previdenziale di cui alla lettera G), le UU.SS.LL. versano all'E.N.P.A.M. il contributo per l'assicurazione di malattia affinché provveda a riversarlo alla Compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'accordo avranno provveduto a stipulare apposito contratto di assicurazione.

I) *Compensi per eventuali visite occasionali e prestazioni di particolare impegno professionale.*

Ai medici spettano, infine, il compenso per le eventuali visite occasionali di cui all'art. 30 e il compenso per le prestazioni di particolare impegno professionale di cui all'allegato *D*.

L) *Indennità di qualificazione dello studio professionale.*

Ai medici individuati ai sensi dell'art. 44, comma 1, il cui studio professionale sia dotato dei seguenti requisiti aggiuntivi a quelli stabiliti dall'art. 8:

disponibilità del telefono nello studio con segreteria telefonica ove la stessa non sia installata ad altro recapito;

strumentazione o materiali di medicazione per piccola chirurgia ai fini dell'esecuzione delle prestazioni di cui all'allegato *D;*

frigorifero per la conservazione dei vaccini,

è corrisposta un'indennità forfettaria mensile di lire 150.000.

M) *Indennità di collaborazione informatica.*

Ai medici individuati ai sensi dell'art. 44, comma 2, il cui studio professionale sia dotato di apparecchiature e programmi informatici idonei ad assicurare, oltre alla gestione della scheda sanitaria individuale:

a) il collegamento con il centro medico di prenotazione per l'accesso alle prestazioni specialistiche od ospedaliere;

b) l'acquisizione, l'elaborazione e la comunicazione alle UU.SS.LL. dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, monitoraggio dell'andamento prescrittivo, verifica di qualità dell'assistenza, ove tali programmi siano stati concordati in base ai commi 4, 5 e 6 dell'art. 19 è corrisposta un'indennità forfettaria mensile di lire 100.000.

N) *Indennità di collaboratore di studio medico.*

Ai medici individuati ai sensi dell'art. 44, comma 3, che utilizzano un collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, categoria IV, ha diritto ad una indennità annua nella misura di L. 2.400 per assistibile in carico fino al massimale o quota individuale.

O) *Maggiorazioni per zone disagiatissime comprese le piccole isole.*

Per lo svolgimento di attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta ai medici un compenso accessorio annuo nella misura e con le modalità concordate a livello regionale con i Sindacati di categoria più rappresentativi.

Tempi e modi di pagamento.

I compensi di cui alle lettere A), B), C), D), E) ed F), sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati, unitamente a quelli relativi alle visite occasionali e alle prestazioni di particolare impegno professionale, mensilmente entro la fine del mese successivo a quello di competenza.

Ai fini della correntezza del pagamento dei compensi ai medici di medicina generale si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle UU.SS.LL.

Le variazioni di retribuzioni relative ai passaggi di fascia per quanto riguarda l'anzianità di laurea del medico saranno effettuate una sola volta all'anno: il primo gennaio dell'anno in considerazione, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il primo gennaio dell'anno successivo se la variazione cade tra il primo luglio e il 31 dicembre.

Art. 42.

Guardia medica e assistenza nelle località turistiche

1. Con apposito accordo collettivo ex art. 48 della legge n. 833/1978 in ogni Regione, tenendo anche conto della programmazione regionale in materia di emergenza ed urgenza sanitaria, è istituito un servizio di guardia medica urgente notturna e festiva che ha inizio alle ore 20 del giorno feriale e cessa alle ore 8 del giorno successivo; alle ore 14 del sabato e cessa alle ore 8 del post-festivo; infine alle ore 14 del prefestivo e cessa alle ore 8 del post-festivo.

2. In ogni Regione è istituito, altresì, un servizio stagionale di assistenza ai villeggianti nelle località turistiche.

Art. 43.

Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria della U.S.L.

1. Il dirigente sanitario medico preposto, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della U.S.L., al servizio specifico o ricomprendente l'organizzazione dell'assistenza medica generale di base procede al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari.

2. I medici convenzionati sono tenuti a collaborare con il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.

Art. 44.

Incentivi per il miglioramento della qualità delle prestazioni

1. Per promuovere ed incentivare il miglioramento degli standard logistici e strutturali degli studi medici, il Servizio sanitario nazionale mette a disposizione, dal 1° gennaio 1991 e per la durata del presente accordo, in ciascuna regione a favore del 25% dei medici convenzionati di medicina generale, una indennità mensile di lire 150.000, alla condizione che gli studi professionali dei medici stessi risultino, previa verifica da svolgersi a cura della U.S.L. entro il termine massimo di tre mesi dalla data del decreto del Presidente della Repubblica di recepimento del presente accordo, in possesso del livello qualitativo strutturale indicato all'art. 41, lettera L).

2. Per promuovere ed incentivare la informatizzazione degli studi medici in grado di collaborare con il S.S.N. per rilevazione di tipo epidemiologico, il Servizio sanitario nazionale mette a disposizione, dal 1° gennaio 1991 e per la durata del presente accordo, in ciascuna regione a favore del 5% dei medici convenzionati di medicina generale, una indennità mensile di L. 100.000, alla condizione che gli studi medici risultino dotati delle attrezzature informatiche e dei programmi indicati all'art. 41, lettera M).

3. Per promuovere ed incentivare il miglioramento dell'organizzazione degli studi medici mediante la presenza di personale collaboratore, il Servizio sanitario nazionale mette a disposizione, dal 1° gennaio 1991 e per la durata del presente accordo, in ciascuna regione a favore di un numero di medici con quote capitarie sino ad un massimo del 15% del totale regionale delle quote capitarie, una maggiorazione di L. 2.400 annuali a quota capitaria alla condizione che gli studi professionali dei medici stessi dispongano di personale di collaborazione secondo le condizioni di cui all'art. 41, lettera N).

4. La Regione, sentita la Commissione Consultiva regionale di cui all'art. 37, individua i medici convenzionati interessati alla realizzazione delle particolari forme di collaborazione previste e disciplinate nei precedenti commi.

Art. 44-*bis*.

Esercizio del diritto di sciopero Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione

1. Nel campo dell'assistenza medico-generica di base sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge n. 146/1990, art. 2, comma 2, le visite domiciliari urgenti.

2. Le prestazioni di cui al comma 1, in caso di sciopero della categoria dei medici di medicina generale convenzionati continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui all'art. 20, comma 4, del presente accordo.

3. Il diritto di sciopero dei medici di medicina generale convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro.

4. I medici di medicina generale che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo sono deferiti alla Commissione regionale di disciplina che adotterà le sanzioni secondo le procedure stabilite dall'art. 38.

5. Le OO.SS. si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

a) nel mese di agosto;

b) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;

c) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;

d) nei giorni dal 23 dicembre al 3 gennaio;

e) nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

Art. 45.

Durata dell'accordo

1. Il presente accordo ha durata triennale e scade il 30 giugno 1991.

Norma finale n. 1

1. I sanitari che alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo risultano iscritti negli elenchi dei medici di medicina generale convenzionati con le UU.SS.LL. sono confermati nel rapporto convenzionale, salvi il possesso dei requisiti prescritti e l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità.

Norma finale n. 2

1. I medici inclusi nello speciale elenco regionale degli ex associati ai sensi della norma transitoria n. 4 annessa al decreto del Presidente della Repubblica n. 289 dell'8 giugno 1987 ovvero in forza di provvedimenti, anche provvisori, emessi in loro favore dalla magistratura ordinaria o amministrativa, sono inseriti in soprannumero rispetto al rapporto ottimale fissato dall'art. 5, negli elenchi dei medici di medicina generale di cui allo stesso art. 5, comma 1, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo.

2. Dalla stessa data ai medici di cui al comma 1 si applicano integralmente le norme del presente accordo.

Norma finale n. 3

1. Le parti riconoscono l'utilità che eventuali questioni interpretative e applicative aventi rilevanza generale nonchè problemi scaturenti da provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura, ecc., i quali incidano direttamente sulla disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dall'accordo, formino oggetto di esame tra le parti nel corso di apposite riunioni convocate dal Ministero della sanità, anche su richiesta di parte sindacale.

2. La convocazione per i motivi di cui sopra avverrà a cura del Ministero stesso entro venti giorni dalla richiesta.

Norma finale n. 4

1. Laddove sopravvengano impedimenti all'applicazione dell'art. 11, comma 1, lettera *a)*, le parti convengono fin da ora di fissare in 500 unità il massimale di scelte per i medici ultrasettantenni, con divieto di acquisire nuove scelte anche nel caso che non abbiano raggiunto il massimale anzidetto.

2. Si conviene inoltre che tali medici dovranno rientrare nel massimale entro il termine di 30 giorni attraverso l'istituto della recusazione volontarie. In difetto, le UU.SS.LL. procederanno alle operazioni di rientro attraverso la revoca di ufficio di tutte le scelte in carico al medico inadempiente, invitando nel contempo gli assistiti interessati ad effettuare la scelta del medico di fiducia.

3. In attesa del compimento delle operazioni di rientro il medico pur essendo impegnato ad assicurare l'assistenza a coloro che lo avevano scelto, non può percepire compensi per un numero di scelte superiore al massimale di 500 unità.

Norma transitoria n. 1

1. Nelle more di una regolamentazione dei rapporti fra sanità civile e sanità militare, che partendo dalle indicazioni dell'art. 11 della legge n. 833/1978, consenta una effettiva integrazione fra i due sistemi a tutto vantaggio dei cittadini che prestano servizio militare e con piena utilizzazione delle strutture militari, la norma di cui al quinto comma dell'art. 13 viene estesa ai medici militari titolari di convenzione alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'accordo.

2. Vengono fatte salve le situazioni particolari di carenza di medici civili in aree prive di collegamenti funzionali con i servizi territoriali delle UU.SS.LL. nelle quali risiedono familiari di militari.

Norma transitoria n. 2

1. I minori che abbiano compiuto il sesto anno di età possono essere assegnati al medico di medicina generale.

Dichiarazione a verbale n. 1

1. Il Ministero della sanità conviene che tra i titoli di servizio valutabili ai fini dei concorsi per il personale medico dipendente del S.S.N. sia dato rilievo all'attività di medico di medicina generale convenzionato.

Dichiarazione a verbale n. 2

1. Le parti valutano positivamente che a livello locale siano adottate forme di organizzazione dell'attività specialistica extra-degenza tali da favorire, per particolari patologie che richiedono ripetuti interventi del medico specialista, una continuità di rapporti tra professionista e paziente.

Dichiarazione a verbale n. 3

1. Il medico di medicina generale convenzionato, in quanto operatore del Servizio sanitario nazionale a livello del distretto di base previsto dal terzo comma dell'art. 10 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, collabora al pieno funzionamento del distretto stesso, inteso come struttura tecnico funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

2. A tal fine utilizza, in particolare, la scheda sanitaria individuale e gli altri strumenti all'uopo predisposti, partecipando al processo di informatizzazione diffusa dei medici di base, secondo modalità concordate a livello regionale.

3. L'impegno di cui al primo comma del presente articolo è mirato alla formazione di un giudizio collettivo sulle principali caratteristiche e bisogni sanitari della popolazione in determinati ambiti territoriali, nonchè all'avvio in concreto di atti di politica preventiva, di aggiornamento professionale e di educazione sanitaria, in un rapporto organizzato con le popolazioni interessate e le loro rappresentanze istituzionali e non può di conseguenza prescindere da un lavoro collegiale di tutti gli operatori del distretto, allo svolgimento del quale pertanto, il medico di medicina generale convenzionato è tenuto.

Dichiarazione a verbale n. 4

1. Le parti convengono che i compiti affidati dal presente accordo all'A.N.C.I. regionale saranno espletati dall'Assemblea dei Presidenti delle UU.SS.LL. interessate quando la sezione regionale dell'A.N.C.I. non risulti costituita.

Dichiarazione a verbale n. 5

1. Le parti chiariscono che le dizioni regioni, amministrazione regionale, giunta regionale, assessore regionale alla sanità usate nel testo dell'accordo valgono ad individuare anche i corrispondenti organismi delle provincie autonome di Trento e Bolzano.

2. Chiariscono inoltre che le dizioni «Ordine dei Medici», «Federazione Regionale degli Ordini dei Medici» e «Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici» vanno intese come «Ordine dei medici e degli Odontoiatri» e «Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri».

Dichiarazione a verbale n. 6

1. La parte pubblica conferma l'impegno a promuovere il riesame della materia delle certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione ai vari livelli di formazione scolastica, in modo da contenerne le prescrizioni nei limiti e secondo le procedure più aderenti alle loro effettive necessità, anche ai fini di sburocratizzare l'atto medico.

Dichiarazione a verbale n. 7

1. Per la partecipazione alle riunioni della Commissione di disciplina di cui all'art. 38 all'esperto di parte medica spettano, a carico della Regione, i compensi fissati a livello regionale.

Dichiarazione a verbale n. 8

1. In relazione a quanto previsto dall'art. 23, comma 3, il Ministro della Sanità dichiara di assumere l'impegno di valutare l'opportunità che per le specialità medicinali a base di antibiotici, attualmente ammesse alla prescrizione a carico del S.S.N., possa essere eliminata la confezione monodose.

Dichiarazione a verbale n. 9

1. Le parti si danno reciprocamente atto che le quote di caro-vita dovute ai medici di medicina generale alla data del 1° novembre 1985 ammontavano a L. 610.310 mensili correlate al tetto massimo di n. 477 scelte.

2. Eventuali correzioni dipendenti dalla presa d'atto di cui al comma 1 hanno effetto dal mese successivo a quello di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo.

Dichiarazione a verbale n. 10

1. Le parti si impegnano a riesaminare, entro sei mesi dalla pubblicazione del decreto che rende esecutivo il presente accordo, la materia dei titoli valutabili per le graduatorie, anche in relazione alle norme che recepiranno la direttiva CEE n. 86/457 del 15 settembre 1986, al fine di riconsiderare la valutabilità dei corsi di aggiornamento.

Dichiarazione a verbale n. 11

1. Le parti si impegnano, entro sei mesi dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'accordo, a studiare congiuntamente appropriate modalità finalizzate all'adozione del modulario a lettura automatica per la certificazione di cui all'art. 25.

Dichiarazione a verbale n. 12

1. Le parti si danno atto che a decorrere dall'anno 1990, relativamente alle spese sostenute nell'anno 1989, cessano di essere operanti le clausole sulla dimostrazione delle spese di cui all'art. 41, comma 1, lettera *E*, punto IV del decreto del Presidente della Repubblica n. 289/1987.

Dichiarazione a verbale n. 13

La delegazione di parte pubblica precisa e la delegazione di parte sindacale prende atto che l'assistenza programmata di cui all'art. 26, lettera *c)*, viene attuata mediante l'utilizzo dei fondi ripartiti a tale scopo dal C.I.P.E. con deliberazione del 16 febbraio 1990 ed entro i limiti degli stessi.

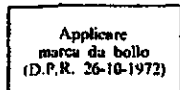
Dichiarazione a verbale n. 14

Nel caso in cui il numero dei medici che soddisfano una o più delle tre condizioni previste dall'articolo 41 (lettere L - M - N) superi le percentuali previste dall'articolo 44 le parti si impegnano a prevedere con la stipula della prossima convenzione, prioritariamente il riconoscimento delle indennità previste con decorrenza 1° luglio 1991.

In ogni caso dopo sei mesi dalla entrata in vigore della convenzione le parti si impegnano a valutare l'opportunità di modificare le percentuali previste dall'articolo 44 nell'ambito delle disponibilità economiche previste dall'accordo.

ALLEGATO *A*

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI CUI ALL'ART. 2 DELL'ACCORDO NAZIONALE CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE.

Applicare marca da bollo (D.P.R. 26-10-1972)

All'Assessorato alla Sanità della Regione..................

....

I... sottoscritt... dott. ....
nato a .... (prov. ....),
il .... residente in .... (prov. ....)
c.a.p. .... via .... n. ....

Chiede

secondo quanto previsto dai relativi Accordi collettivi nazionali ex art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di essere inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 2 dell'Accordo nazionale con i medici di medicina generale, da valere per l'anno 19......

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

n. 1 certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici (1);

n. .... documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini della graduatoria predetta - e specificati nel prospetto interno (2).

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

☐ la propria residenza ☐ il domicilio sotto indicato
c/o............................ (telef. (.........) ....)
via/piazza................................ n. ...... c.a.p. ....,
località .... (prov. ....)

....
(data) (firma per esteso del medico)

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) L'attestazione dell'Ordine dei Medici deve avere la data di rilascio non superiore a 3 mesi dalla data di presentazione della domanda.

2) I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in originale o copia autenticata, secondo le disposizioni di legge vigenti, e in regola con la legge sul bollo.

3) La documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione; non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

4) I documenti allegati alla domanda eventualmente presentati l'anno precedente sono acquisiti agli atti *purchè ne venga fatto espresso riferimento e semprechè siano tali da poterne consentire la valutazione*. Dovrà invece essere allegata tutta la documentazione relativa a titoli ed attività svolti successivamente alla data di presentazione della precedente domanda e fino al 31 maggio dell'anno in corso.

VALUTAZIONE TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA

Parte riservata all'ufficio

Codice |_|_|_|_| Cognome.. Nome..
residente in .... via..
U.S.L. |_|_|_| domanda spedita il .... prot..
(residenza)

(PARTE DA RIEMPIRE A CURA DEL CANDIDATO)

1. — *Iscrizione Albo Professionale*
(0,01 punti per mese di iscrizione)
dal .... al .... = m. gg. × 0,01 = p.

Iscrizione Albo Prof. delle Prov. Regione
(più 0,01 punti per mese di iscrizione)
dal .... al .... = m. gg. × 0,01 = p

A (2)	B (3)		
		2. — *Diploma di laurea conseguito con votazione di 110/110* (punti 1,00)	= p.
		3. — *Diploma di laurea conseguito con votazione da 105 a 109* (punti 0,50)	= p.

(PARTE DA RIEMPIRE A CURA DEL CANDIDATO)

A (2)	B (3)			
		4. — *Diploma di laurea conseguito con votazione da 100 a 104*		
		(punti 0,30)		= p.
		5. — *Specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983 tab. B e successive integrazioni*		
		(punti 2,00)		
		specializ. in........................		
		specializ. in........................		
		specializ. in........................	Totale n.	× 2,00 = p.
		6. — *Specializzazione o libera docenza in discipline affini alla medicina generale, ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983 tab. B e successive integrazioni*		
		(punti 0,50)		
		specializ. in........................		
		specializ. in........................		
		specializ. in........................	Totale n.	× 0,50 = p.
		7. — *Tirocinio abilitante svolto ai sensi della legge n. 148 del 18 aprile 1975*		
		(punti 0,10)		= p.
		8. — *Medico generico convenzionato compresa attività svolta in qualità di associato*		
		(punti 0,20 per mese di attività)		
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
			Totale m.	× 0,20 = p.
		9. — *Stessa attività di cui al punto 9 prestata nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento*		
		(punti 0,30 per mese di attività)		
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
			Totale m.	× 0,30 = p.
		10. — *Attività di sostituzione di medico di medicina generale, svolta ai sensi dell'art. 3 - II - n. 2 - dell'accordo nazionale*		
		(punti 0,20 per ciascun mese)		
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
			Totale m.	× 0,20 = p.
		11. — *Attività di sostituzione di medico pediatra di libera scelta*		
		(punti 0,10 per ciascun mese)		
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
		dal............ al	= m. gg.	
			Totale m.	× 0,10 = p.

(PARTE DA RIEMPIRE A CURA DEL CANDIDATO)

A (2) | B (3)

12. — *Servizio effettivo di guardia medica svolto in forma attiva, anche a titolo di sostituzione*
(punti 0,20 per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)
U.S.L. .... dal .... al .... ore.... = m. gg.
U.S.L. .... dal .... al .... ore.... = m. gg.
U.S.L. .... dal .... al .... ore.... = m. gg.
U.S.L. .... dal .... al .... ore.... = m. gg.
U.S.L. .... dal .... al .... ore.... = m. gg.
U.S.L. .... dal .... al .... ore.... = m. gg.
Totale ore m. × 0,20 = p.

13. — *Servizio di guardia medica svolta in forma di disponibilità*
(punti 0,05 per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)
U.S.L. .... dal .... al .... ore.... = m. gg.
U.S.L. .... dal .... al .... ore.... = m. gg.
U.S.L. .... dal .... al .... ore.... = m. gg.
U.S.L. .... dal .... al .... ore.... = m. gg.
Totale ore m. × 0,05 = p.

14. — *Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle UU.SS.LL.*
(punti 0,20 per mese di attività)
U.S.L. .... dal .... al................. = m. gg.
U.S.L. .... dal .... al................. = m. gg.
U.S.L. .... dal .... al................. = m. gg.
Totale m. × 0,10 = p.

15. — *Attività professionale prestata come medico dipendente da strutture ospedaliere pubbliche (compresa quella derivante da incarichi temporanei), o come medico militare*
(punti 0,10 per mese di attività)
.... dal .... al........... = m. gg.
.... dal .... al........... = m. gg.
.... dal .... al........... = m. gg.
.... dal .... al........... = m. gg.
Totale m. × 0,10 = p.

16. — *Attività professionale medica svolta all'estero in medicina interna o disciplina affine ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38 e della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430*
(punti 0,10 per mese di attività)
.... dal .... al........... = m. gg.
.... dal .... al........... = m. gg.
Totale m. × 0,10 = p.

17. — *Attività professionale di medico di medicina generale svolta presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono*
(punti 0,10 per mese di attività)
.... dal .... al........... = m. gg.
.... dal .... al........... = m. gg.
.... dal .... al........... = m. gg.
.... dal .... al........... = m. gg.
.... dal .... al........... = m. gg.
Totale m. × 0,10 = p.

(PARTE DA RIEMPIRE A CURA DEL CANDIDATO)

A (2)	B (3)		
		18. — *Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina* (punti 0,05 per mese) dal .... al	= m. gg. Totale m. × 0,05 = p.
		19. — *Attività professionale diversa da quella considerata al punto 15 prestata come medico dipendente da amministrazioni pubbliche* (punti 0,05 per mese di attività) .... dal .... al .... dal .... al .... dal .... al .... dal .... al	 = m. gg. = m. gg. = m. gg. = m. gg. Totale m. × 0,05 = p.
		Firma del medico	*Totale punteggio complessivo*

(1) Cancellare la dizione che non interessa.
(2) Barrare la colonna «A» in corrispondenza dei titoli allegati alla presente domanda.
(3) Barrare la colonna «B» in corrispondenza dei titoli che sono stati presentati in precedenza e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione.

ALLEGATO *B*

PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE

1. Stabilito per determinazione della Regione l'ambito territoriale, ai fini dell'acquisizione delle scelte, nello stesso va applicato il cosiddetto rapporto ottimale.

2. Tale ambito non può comprendere una popolazione inferiore a 1.500 abitanti ne può essere inferiore al territorio del comune anche se questo comprende più UU.SS.LL.

3. Si procede in questo modo.

4. Si stabilisce quale è la popolazione nell'ambito risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

5. Da questa cifra si detrae la popolazione in età pediatrica (0 - 14); ne risulterà un numero di abitanti che è quello utile al fine del rapporto ottimale.

6. A parte si prende l'elenco dei medici già operanti nella medicina generale nell'ambito in questione.

7. Ognuno di essi ha un proprio massimale o quota individuale derivante anche dalla applicazione delle limitazioni o dalla autolimitazione.

8. Ad ogni medico viene attribuito un valore ai fini dell'applicazione del rapporto ottimale.

9. Esso sarà:

uguale a 1.000 per tutti coloro che usufruiscono della quota individuale o che hanno un massimale superiore a 1.000.

pari al loro massimale se esso è inferiore a 1.000.

10. Fatta la somma di questi valori la si sottrae al numero degli abitanti valido al fine dell'applicazione del rapporto ottimale.

11. La zona è carente se il risultato della sottrazione comporta un numero superiore a 500 e si inserirà un medico per ogni 1.000 abitanti o frazione superiore a 500 in relazione al risultato della sottrazione.

12. *Esempio:*

Ambito territoriale 52.000 abitanti; popolazione pediatrica 6.000 abitanti al fine dell'applicazione del rapporto ottimale abitanti 46.000.

Ambito territoriale 52.000 abitanti; popolazione pediatrica 6.000 abitanti.

Al fine del rapporto ottimale:

Abitanti 52.000
Popolazione pediatrica 6.000.

Medici inseriti nell'ambito:

4 a 1.800 scelte di massimale valgono	4.000	(4 x 1.000)
20 a 1.500 scelte di massimale valgono	20.000	(20 x 1.000)
3 a 1.000 scelte di massimale valgono	3.000	(3 x 1.000)
5 a 750 scelte di massimale valgono	3.750	(5 x 750)
12 a 500 scelte di massimale valgono	6.000	(12 x 500)
Totale . . .	36.750	

La zona è carente: 46.000 − 36.750 = 9.250.
Devono essere inseriti 9 medici.

ALLEGATO *C*

REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE E SOSTITUTO NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA.

1) Fermi gli obblighi a carico delle UU.SS.LL. stabiliti dall'art. 9, i rapporti economici tra medico sostituto e quello sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi dalla U.S.L., sono regolati tenendo conto dell'uso delle attrezzature e delle altre spese oltre che della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

2) L'onorario professionale, la quota aggiuntiva professionale e il compenso di variazione degli indici del costo della vita, quest'ultimo nel caso che spetti al medico sostituito e il sostituto ne abbia diritto ai sensi dell'art. 41 devono essere corrisposti al medico sostituto.

3) Se il medico sostituto svolge la propria attività professionale usufruendo dello studio e delle attrezzature del medico sostituito, a detto medico sostituto spetta il 15% del concorso nelle spese per la produzione del reddito, in quanto quest'ultimo utilizza il proprio mezzo di trasporto per l'espletamento delle visite domiciliari.

4) L'indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale rimane di esclusiva competenza del medico sostituito.

5) Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi di cui al comma 2 spettano, per i primi 30 giorni, integralmente al medico sostituto se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

ALLEGATO *D*

PRESTAZIONI
DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE

1) Le prestazioni di particolare impegno professionale eseguibili dai medici di medicina generale sono quelle elencate in calce al presente allegato *D*, nel nomenclatore-tariffario.

2) Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio professionale del medico a seconda delle condizioni di salute del paziente.

3) Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al punto 1) lo studio professionale del medico deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'U.S.L. di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.

4) Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni di particolare impegno professionale il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare nome, cognome, indirizzo e numero del libretto di iscrizione dell'assistito. Se la prestazione è eseguita previa autorizzazione sanitaria della U.S.L., alla distinta deve essere allegato l'originale dell'autorizzazione stessa sul quale il medico per ogni singola prestazione eseguita, deve far apporre la firma dell'assistito che ne ha beneficiato o, in caso di impedimento, di chi ha assistito all'avvenuta prestaziome.

Il mancato invio della distinta riepilogativa delle prestazioni entro il termine stabilito priva l'Ente erogatore della possibilità di esercitare tempestivamente i propri poteri di controllo.

Qualora il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore, il caso sarà esaminato ai fini del pagamento tra l'Ente erogatore e il sanitario interessato.

Le parti si impegnano a riesaminare le clausole di cui al presente punto 4), comma primo, in relazione ai contenuti del provvedimento che sarà emanato dal Ministro della Sanità ai sensi del decreto ministeriale 11 luglio 1988, n. 350, art. 1, comma 5.

5) Al medico spettano i compensi omnicomprensivi indicati nel nomenclatore tariffario. Fermo il divieto di cui all'art. 31 nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito.

I compensi per le prestazioni di particolare impegno professiona le sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4).

6) Gli emolumenti riferiti alle prestazioni di particolare impegno professionale non possono superare mensilmente il 25 per cento dei compensi corrisposti nello stesso mese al medico a titolo di onorario professionale di cui alla lettera A.

7) I dati relativi all'andamento delle prestazioni di particolare impegno professionale rientrano tra quelli da sottoporre alle Commissioni professionali regionali di cui all'art. 40 del presente accordo.

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE.

A) *Prestazioni eseguibili senza autorizzazione.*

1) Incisione di ascesso profondo, di flemmone, favo o mastite
2) Sutura di ferita superficiale
3) Rimozione di punti di sutura e medicazione
4) Cateterismo uretrale nell'uomo
5) Cateterismo uretrale nella donna
6) Tamponamento nasale anteriore.

7) Fleboclisi (unica - eseguibile in caso di intervento di urgenza) . . . .

8) Lavanda gastrica . . . .

9) Prima medicazione (*) . . . .

10) Successive medicazioni . . . .

11) Iniezione di gammaglobulina o vaccinazione antitetanica . . . .

12) Trattamento provvisorio con stecca di Thomas di fratture di grandi segmenti ossei e di fratture multiple di piccoli segmenti (il materiale usato viene rimborsato a parte dalla U.S.L. mediante presentazione di nota spese)

13) Toracentesi . . . .

14) Iniezione sottocutanea desensibilizzante (**). . .

15) Riduzione di lussazione . . . .

16) Prelievo vaginale per esame oncocitologico . . .

17) Prelievo vaginale per studio ormonale (tre prelievi)

18) Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili). . . . .

B) *Prestazioni eseguibili con autorizzazione sanitaria.*

1) Ciclo di fleboclisi, (per ogni fleboclisi). . . . . .

2) Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione) . . . .

3) Ciclo aereosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per prestazione singola) (***) . . . .

4) Vaccinazioni non obbligatorie (****). . . . . . .

Per le tariffe delle prestazioni di cui al presente allegato si fa riferimento ai vigenti nomenclatori tariffari annessi agli accordi nazionali per il convenzionamento esterno resi esecutivi con decreti del Presidente della Repubblica n. 119 e n. 120/1988 e successive modifiche ed integrazioni, fatta eccezione per le voci indicate ai numeri 3, 7, 8, 9, 10, 11, 14 e 15 dell'allegato *D* parte A e 1, 2 e 4 del medesimo allegato parte B che a titolo provvisorio rimangono in vigore nella misura indicata nell'allegato *F* del decreto del Presidente della Repubblica n. 289/1987 sino all'esecutività dei nuovi accordi per il convenzionamento specialistico esterno.

Le parti firmatarie si impegnano, al compimento del sesto mese successivo all'esecutività del presente accordo, a verificare l'andamento degli oneri conseguenti alle prestazioni in oggetto e qualora si riscontrino oneri aggiuntivi senza corrispondenti diminuzioni di spese per il medesimo titolo in altri settori si impegnano altresì ad un protocollo integrativo di revisione dell'istituto in oggetto.

(*) Per prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata.

(**) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.

(***) Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi.

(****) Eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazioni disposti in sede regionale o di unità sanitaria locale. Per la conservazione del vaccino che è fornito dall'U.S.L., lo studio del medico deve essere dotato di idoneo frigorifero. Sui risultati della propria collaborazione alla campagna di vaccinazione il medico invia apposita relazione alla U.S.L. I compensi relativi alle vaccinazioni non obbligatorie non rientrano nel calcolo di cui al comma 6 del presente allegato.

Allegato *E*

SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE

Caro collega,

invio in ospedale ...l... paziente signor..

....

1) Motivo del ricovero..

....

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto......................................

....

....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria...

....

....

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata, in busta chiusa, una esauriente relazione clinica.

.................., lì ....

Dott. ....

Recapito telefonico ....

ALLEGATO *F*

DA CONSEGNARE — A CURA DEL LAVORATORE — ALL'I.N.P.S.
(Vedere avvertenze in calce al modulo A)

Servizio sanitario nazionale
Regione .... n. progressivo ....

CERTIFICATO DI DIAGNOSI
(da compilare a cura del medico)

....
(Cognome e nome) (Numero libretto)

Prognosi clinica di giorni ....
Dichiara di esser ammalato dal ....
Data, ...

....
(timbro e firma del medico)

DIAGNOSI

....
....
....
....
....

2) Il certificato, a cura del lavoratore, anche se disoccupato da non oltre sessanta giorni, deve essere recapitato o trasmesso a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, *entro due giorni*, agli uffici dell'I.N.P.S., *se Ente erogatore dell'indennità di malattia*, che sono ubicati di norma presso le Sezioni territoriali ex I.N.A.M., nella cui circoscrizione risiede il lavoratore interessato. Il lavoratore stagionale, invece, deve recapitare o trasmettere il certificato, secondo le modalità predette, agli uffici dell'I.N.P.S., ubicati presso le sezioni territoriali ex I.N.A.M. nel cui ambito è ubicata l'azienda ove l'interessato svolte la propria attività.

3) Tenuto conto che l'indennità spetta per la durata della malattia (prognosi) indicata nell'attestato, il lavoratore, in caso di prosecuzione oltre la prognosi, deve documentare la circostanza mediante attestato medico di continuazione della malattia, secondo le modalità e i termini indicati ai punti precedenti.

4) Il ritardo nell'invio o nella presentazione della documentazione sanitaria comporta la perdita del diritto all'indennità giornaliera per i giorni di ritardo.

5) Il lavoratore deve accertare che nel certificato siano stati chiaramente indicati il proprio cognome e nome e numero di libretto; inoltre dovrà compilare accuratamente l'apposito riquadro in calce al certificato destinato all'I.N.P.S.

6) La visita medica a domicilio, se richiesta entro le ore dieci, sarà eseguita di norma nel corso dello stesso giorno; se richiesta, invece, dopo le ore dieci, sarà effettuata entro le ore dodici del giorno successivo.

RIQUADRO DA COMPILARSI A CURA DEL LAVORATORE

....
Cognome e nome Luogo e data di nascita

(Indirizzo durante la malattia - da compilarsi anche se trattasi di indirizzo abituale)

A.F. corrisposti dal datore di lavoro.

A.F. percepiti direttamente dall'I.N.P.S. come pensionato.

* Operaio * Impiegato * Apprendista

(Indicare il datore di lavoro, il relativo indirizzo ed il settore economico: industria, commercio, agricoltura, ecc.)

. . . .

. . . .

* Stagionale

* Disoccupato o sospeso senza trattamento di Cassa integrazione guadagni (indicare l'ultimo datore di lavoro e relativo indirizzo)

* Lavoratore agricolo, iscritto nell'elenco anagrafico del Comune di. . . . .

* Lavoratore autonomo (artigiano, commerciante, coltivatore diretto, mezzadro o colono)

L'incapacità lavorativa è stata causata da:

Infortunio sul lavoro SI * NO *

* Terzi (es. incidente stradale, ecc.) SI * NO *

* Inizio malattia * Continuazione * Fine

(*) Barrare la voce che interessa.

ALLEGATO *G*

ASSISTENZA PROGRAMMATA DOMICILIARE NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI.

Art. 1.
Prestazioni domiciliari

1. L'assistenza domiciliare programmata di cui all'art. 26, comma 1, lettera *a)*, è svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;

controllo sulle condizioni igieniche e sul conforto ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;

indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;

indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;

indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla U.S.L.;

collaborazione con il personale dei servizi sociali della Unità sanitaria locale per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;

predisposizione e attivazione di «programmi individuali» con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;

attivazione degli interventi riabilitativi;

tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla U.S.L. sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni di particolare impegno professionale, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

Art. 2.
Attivazione del servizio domiciliare

1. Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a deambulare, quali ad esempio:

a) impossibilità permamente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);

b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);

c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:

insufficienza cardiaca in stadio avanzato;

insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;

arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;

gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;

cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;

tetraplegici.

Art. 3.
Procedure per l'attivazione dell'assistenza

1. La segnalazione del caso abbisognevole di assistenza domiciliare può essere effettuata dal medico di scelta, dai competenti servizi sanitari e sociali o dalle famiglie.

2. Fermo restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di intervento deve essere formulata, in ogni caso, dal medico di scelta con precisazione del numero degli accessi.

3. Nella stessa saranno indicate anche le esigenze assistenziali (di massima) di tipo sanitario nonché le necessità di eventuali supporti di personale.

4. Al fine di fornire al medico della U.S.L. la possibilità di concordare sollecitamente il programma assistenziale proposto, è necessario che dalla richiesta del medico di famiglia emerga con chiarezza, oltre la diagnosi motivata, ogni altra eventuale indicazione utile a confermare la oggettiva impossibilità di accesso del paziente allo studio del medico.

5. L'esame del programma da parte del medico della U.S.L. deve avvenire entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata secondo le modalità di cui sopra al Distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine dianzi indicato il programma, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.

Art. 4.

Rapporti con il distretto

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico di medicina generale ed il medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria concordano:

a) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza sanitaria programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno (con possibilità di proroga);

b) la cadenza settimanale o quindicinale o mensile degli accessi del medico di medicina generale al domicilio, che può variare in relazione alla diversa intensità dell'intervento come determinata dalla evoluzione dello stato di salute del soggetto;

c) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni infermieristiche, sociali, specialistiche, di ricerca diagnostica, che necessitino al soggetto.

Art. 5.

Compenso economico

1. Al medico di medicina generale oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso omnicomprensivo nella misura di regola ammontante a L. 30.000 per accesso.

2. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.

3. Il trattamento economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali, per cambio del medico, cambio di residenza e il venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

Art. 6.

Modalità di pagamento

1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al distretto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.

2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente.

3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

4. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione della prestazione, che deve sempre essere documentato alla U.S.L. nei tempi previsti.

Art. 7.

Documentazione di distretto

1. Presso ogni distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i modelli per l'assistenza domiciliare in ordine alfabetico.

Art. 8.

Verifiche

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio della U.S.L. ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso i domicili degli assistiti la necessità, l'efficienza e l'efficacia degli interventi attivati.

2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

ALLEGATO *H*

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Art. 1.

Prestazioni

1. L'assistenza domiciliare integrata di cui all'art. 26, comma 1, lettera *c)*, è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:

di medicina generale;

di medicina specialistica;

infermieristiche domiciliari;

di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle unità sanitarie locali;

di assistenza sociale.

2. Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.

3. L'assistenza è attuata in via sperimentale e può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal medico di medicina generale che dalla unità sanitaria locale, con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente.

Art. 2.

Attivazione dell'assistenza integrata

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.

2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico di medicina generale in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

malati terminali;

incidenti vascolari acuti;

gravi fratture in anziani;

forme psicotiche acute gravi;

riabilazione di vasculopatici;

malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);

dimissioni protette da strutture ospedaliere.

3. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico di medicina generale scelto dal paziente, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di distretto nel quale ha la residenza l'interessato da parte del:

a) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;

b) medico di medicina generale;

c) servizi sociali;

d) familiari del paziente.

4. Entro 24/48 ore dalla segnalazione il medico del distretto prende contatto con il medico di medicina generale per attivare l'intervento integrato, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari.

5. Il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico di medicina generale concordano:

1) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;

2) gli interventi degli altri operatori sanitari;

3) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;

4) la cadenza degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;

5) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

6. Il medico di medicina generale nell'ambito del piano di interventi:

ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;

tiene una scheda degli accessi fornita dall'U.S.L. presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;

attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati;

coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Art. 3.

Retribuzione

1. Al medico di medicina generale, oltre all'ordinario trattamento economico di cui all'art. 41 è corrisposto un compenso forfettario omnicomprensivo per ciascun accesso di L. 30.000.

2. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze stabilite.

3. Il trattamento economico cessa in caso di ricovero in struttura sanitaria o sociale, o al venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

Art. 4.

Modalità di pagamento

1. Al fine della corresponsione del compenso il medico segnala al distretto, entro il giorno 10 del mese successivo all'effettuazione delle prestazioni tramite apposito riepilogo il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.

2. Effettuato il riscontro tra il programma concordato e gli accessi indicati dal medico, i documenti sono inoltrati al competente servizio della U.S.L. per la liquidazione.

3. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio degli assistiti.

4. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

5. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione della prestazione che deve sempre essere documentata alla U.S.L. nei tempi previsti.

Art. 5.

Documentazione di distretto

1. Presso ogni distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza domiciliare integrata.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni ed una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare integrata conservati in ordine alfabetico.

Art. 6.

Riunioni periodiche

1. Il dirigente medico responsabile del servizio promuove una riunione trimestrale, con i responsabili dell'attività sanitaria distrettuale al fine di assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione ai trattamenti, di

verificare congiuntamente l'andamento del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia, di esaminare per le relative soluzioni gli eventuali problemi connessi alla gestione dell'accordo.

2. Alla riunione possono essere invitati medici convenzionati di medicina generale in relazione ai singoli problemi assistenziali in discussione; in questo caso possono altresì essere invitati alla riunione i membri di parte medica del Comitato Consultivo di U.S.L. di cui all'art. 36.

3. Il medico di medicina generale tempestivamente avvertito è tenuto a partecipare, concordando modalità e tempi.

Art. 7.

Verifiche

1. Il dirigente medico responsabile del servizio ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso il domicilio la necessità, l'efficienza e l'efficacia degli interventi attivati.

2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col medico di medicina generale.

ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833:

Ministero della Sanità: DE LORENZO
Ministero del Tesoro: RUBBI
Ministero del Lavoro e della previdenza sociale: DONAT CATTIN
Regione VENETO: BOGONI - BOLIS
Regione LAZIO: ZIANTONI - CERCHIA
Regione TOSCANA: RICCA
Regione PIEMONTE: RESTAGNO
Regione CALABRIA: CARATOZZOLO
A.N.C.I.: GONZI - ACOCELLA - TAGLIABUE - RUSSO VALENTINI - PANELLA - ATTANASIO
U.N.C.E.M.: PIERGENTILI - RAMACCIOTTI
Federazione Italiana Medici Medicina Generale (F.I.MM.G.): PANTI - BONI
Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani (S.N.A.M.I.): ANZALONE
C.G.I.L. Coordinamento Medici: CAU
U.I.L.: CROCE
C.I.S.L. Medici: BONFANTI - LEMBATI - SCOLERI - RIZZO
F.N.OO.MM.: POGGIOLINI

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici partecipa ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978 in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico.

Il presente Accordo è stato sottoscritto anche dalla seguenti Organizzazioni Sindacali:

CUMI-AMFUP: LUCCHETTI
A.A.R.O.I.: CARPINO
SI.ME.CO: SCARABELLO
S.I.M.E.T.: TRECCA
S.U.M.I.: SABETTI - POLVERINO
C.I.M.O.: LAURA - SIZIA
A.I.P.A.C.: MIRRA
A.N.AA.O.: SCAFFIDI
U.M.U.S. CON. SAL.: VERNIERO

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solito fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

NOTE AL DECRETO

Note alle premesse:

— L'art. 48 della legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, reca norme relative al «personale a rapporto convenzionale».

— Il testo dell'art. 24, ultimo comma, della legge n. 730/1978 recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984)» è riportato nella nota all'art. 40.

NOTE ALL'ACCORDO

Note alla dichiarazione preliminare:

— Il D.P.R. n. 291/1987 reca: «Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

Nota all'art. 1:

— Per l'art. 48 della legge n. 833/1978 vedi note alle premesse.

Nota all'art. 2:

— La direttiva CEE n. 86/457 del 15 settembre 1986, pubblicata nella «Gazzetta Ufficiale» delle Comunità europee n. L. 267/27 del 19 settembre 1986, reca norme relative alla «formazione specifica in medicina generale».

Note all'art. 3:

— Il D.M. 10 marzo 1983 reca: «Elenco delle discipline equipollenti ed affini rispetto alle discipline oggetto degli esami di idoneità e dei concorsi presso le Unità sanitarie locali valevoli per la formazione delle commissioni esaminatrici e per la valutazione dei titoli negli esami di idoneità e nei concorsi di assunzione dei medici, farmacisti e veterinari pressole unità sanitarie locali.

— La legge n. 148/1975 reca: «Disciplina sull'assunzione del personale sanitario ospedaliero e tirocinio pratico - Servizio del personale sanitario ospedaliero e tirocinio pratico - Servizio del personale medico - Dipartimento - Modifica ed integrazione dei decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, numeri 130 e 128».

— Per l'art. 48 della legge n. 833/1978 vedi nota alle premesse.

— La legge n. 38/1973 reca: «Cooperazione dell'Italia con i Paesi in via di sviluppo».

— La legge n. 735/1960 reca: «Riconoscimento del servizio sanitario prestato dai medici italiani negli ospedali all'estero».

— Il D.M. n. 430/1988 reca: «Riconoscimento dell'attività medica all'estero ai fini dell'accesso alle convenzioni con le unità sanitarie locali per l'assistenza generica, specialistica e pediatrica».

Note all'art. 4:

— Il testo del punto 6) dell'art. 48 della legge n. 833/1978 è il seguente:

«6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);».

— Per l'art. 48 della legge n. 833/1978 vedi note alle premesse.

— L'art. 47 della legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, reca norme relative al «personale dipendente».

— Il D.M. 14 ottobre 1976 reca: «Regolamento dei fondi di previdenza a favore dei medici mutualisti: ambulatoriali, generici e specialisti esterni».

— L'art. 43 della legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, reca norme in materia di «autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie».

— Per l'art. 48 della legge n. 833/1978 vedi note alle premesse.

Nota all'art. 5:

— Il testo dell'art. 25, comma terzo, della legge n. 833/1978 è il seguente:

«L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del Servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino».

Nota all'art. 8:

— Il D.P.R. n. 121/1961 reca: «Testo unico delle disposizioni in materia di tasse sulle concessioni governative».

Note all'art. 10:

— Per la legge n. 38/1979 vedi nota all'art. 3.

— Il testo dell'art. 9, comma terzo, della legge 23 aprile 1981, n. 154, è il seguente:

«In questo caso la convenzione rimane sospesa per tutta la durata del mandato elettivo ed il professionista può essere sostituito, per detto periodo, secondo le modalità stabilite per le sostituzioni dagli accordi collettivi nazionali di cui all'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Le cause di incompatibilità, di cui all'art. 8 della presente legge non hanno effetto per i titolari di farmacie che richiedono la sostituzione, per la durata del mandato, con altro farmacista iscritto all'ordine dei farmacisti nella conduzione professionale della farmacia».

Note all'art. 13:

— Il D.P.R. 13 agosto 1981, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 246 dell'8 settembre 1981, reca: «Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

— Il testo del punto 5, comma terzo, dell'art. 48 della legge n. 833/1978 è il seguente:

«Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata all'unità sanitaria locale».

— L'art. 35 del D.P.R. n. 761/1979 (Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali) reca norme in materia di «rapporto di lavoro del personale medico».

Nota all'art. 15:

— L'art. 25 della legge n. 833/1978 reca norme in materia di «prestazioni di cura».

Nota all'art. 16:

— Il testo dell'art. 7 della legge n. 256/1982 è il seguente:

«Art. 7. — Entro sessanta giorni dalla data di approvazione della presente legge le unità sanitarie locali aggiornano gli elenchi dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale assistibili dai medici di medicina generale e dai pediatri convenzionati, cancellando altresì nominativi di coloro che anche temporaneamente fruiscano dell'assistenza sanitaria erogata dallo Stato ai sensi dell'art. 6, punti *v)* e *z)*, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dell'art. 2 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618, e dell'art. 2 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 620.

Le regioni dettano norme per la ripetizione entro il 31 dicembre 1982 delle somme indebitamente erogate dal 1° gennaio 1980 a medici convenzionati per quote capitarie indebitamente percepite.

Ai fini indicati nei precedenti commi gli uffici che ancora detengono gli elenchi degli assistibili sono tenuti a comunicarli entro il termine di quindici giorni ai comitati di gestione delle unità sanitarie locali.

Nelle regioni ove non siano entrate in funzione le Unità sanitarie locali alla data di entrata in vigore della presente legge, all'aggiornamento degli elenchi provvede il commissario liquidatore regionale nominato ai sensi dell'art. 1 del decreto-legge 30 aprile 1981, n. 168, convertito, con modificazioni, nella legge 27 giugno 1981, n. 331».

Nota all'art. 19:

— Il D.M. 28 febbraio 1983 reca: «Integrazioni e rettifica al decreto ministeriale 18 febbraio 1982, concernente norme per la tutela dell'attività sportiva agonistica».

Note all'art. 23:

— L'art. 1 della legge n. 37/1989 (Contenimento della spesa sanitaria) reca «misure in materia di assistenza farmaceutica».

— Il D.M. n. 350/1988 reca: «Disciplina dell'impiego nel Servizio sanitario nazionale del ricettario standardizzato a lettura automatica».

— Il testo del comma 2 dell'art. 4 del D.M. 20 maggio 1989 è il seguente:

«Il modulo *B* firmato dal responsabile dell'ufficio addetto al rilascio della esenzione è redatto in triplice copia, una delle quali è trasmessa entro cinque giorni all'unità sanitaria locale di appartenenza l'altra è consegnata all'interessato. Il modulo *B* va numerato progressivamente e reca l'indicazione del codice attribuito al comune attestante dal Ministero dell'interno per i trasferimenti erariali. Parimenti va comunicato all'unità sanitaria locale di iscrizione l'intervenuta cessazione del diritto all'esenzione».

Note all'art. 25:

— Il testo dell'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, è il seguente:

«Art. 2. — Nei casi di infermità comportante incapacità lavorativa, il medico curante redige in duplice copia e consegna al lavoratore il certificato di diagnosi e l'attestazione sull'inizio e la durata presunta della malattia secondo gli esemplari definiti nella convenzione nazionale unica per la disciplina normativa e il trattamento economico dei medici generici e pediatri stipulata ai sensi dell'art. 9 della legge 29 giugno 1977, n. 349, e successive modificazioni e integrazioni.

Il lavoratore è tenuto, entro due giorni dal relativo rilascio, a recapitare o a trasmettere, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, il certificato e l'attestazione di cui al primo comma, rispettivamente all'Istituto nazionale della previdenza sociale, o alla struttura pubblica indicata dallo stesso Istituto d'intesa con la Regione, e al datore di lavoro.

Le eventuali visite di controllo sullo stato di infermità del lavoratore, ai sensi dell'art. 5 della legge 20 maggio 1970, n. 300, o su

richiesta dell'Istituto nazionale della previdenza sociale o della struttura sanitaria pubblica da esso indicata, sono effettuate dai medici dei servizi sanitari indicati dalle Regioni.

Il datore di lavoro deve tenere a disposizione e produrre, a richiesta, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, la documentazione in suo possesso. Nell'ipotesi di cui all'art. 1, sesto comma, devono essere trasmessi al predetto Istituto, a cura del datore di lavoro, entro tre giorni dal ricevimento dell'attestazione di malattia i dati salariali necessari per il pagamento agli aventi diritto delle prestazioni economiche di malattia e di maternità».

— Il testo dell'art. 15 della legge n. 155/1981 è il seguente:

«Art. 15 *(Certificazione di malattia)*. — Con effetto dal 15 marzo 1980, nell'art. 2 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33, il secondo comma è sostituito dal seguente:

"Il lavoratore è tenuto, entro due giorni dal relativo rilascio, a recapitare o a trasmettere, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, il certificato e l'attestazione di cui al primo comma, rispettivamente, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, o alla struttura pubblica indicata dallo stesso Istituto d'intesa con la regione, e al datore di lavoro"

Nell'art. 2 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33, l'ultimo comma è sostituito dai seguenti:

"Il datore di lavoro deve tenere a disposizione e produrre, a richiesta, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, la documentazione in suo possesso. Nella ipotesi di cui all'art. 1, sesto comma, devono essere trasmessi al predetto Istituto, a cura del datore di lavoro, entro tre giorni dal ricevimento dell'attestazione di malattia i dati salariali necessari per il pagamento agli aventi diritto delle prestazioni economiche di malattia e di maternità.

Qualora l'evento morboso si configuri quale prosecuzione della stessa malattia, ne deve essere fatta menzione da parte del medico curante nel certificato e nell'attestazione di cui al primo comma"».

Nota all'art. 30:

— Il testo dell'art. 1, lettera *b)*, del D.L. n. 16/1982, è il seguente:

«L'erogazione delle visite occasionali previste dall'art. 26 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale e dall'art. 27 dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, resi esecutivi con decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981. L'onere per le prestazioni suddette è a carico dei richiedenti e i relativi onorari non possono essere superiori alle somme indicate nei richiamati accordi.

Resta ferma l'erogazione delle visite occasionali nei casi di primo intervento per infortuni sul lavoro, nonché di quelle a favore degli assistiti, temporaneamente in Italia, che siano a carico di istituzioni estere in base a convenzioni internazionali.

Nulla è innovativo per quanto riguarda il diritto di accesso ai servizi di cui al quarto comma dell'art. 19 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ivi compresi quelli di guardia medica festiva e notturna e quelli stagionali di assistenza ai villeggianti previsti dagli accordi nazionali nelle località turistiche. È consentito, tuttavia, il rimborso della spesa sostenuta, da richiedersi all'Unità sanitaria locale di appartenenza, da parte di:

a) minori degli anni dodici;

b) cittadini di età superiore agli anni sessanta;

c) lavoratori e studenti dimoranti, per ragioni connesse all'attività lavorativa e di studio, fuori dal proprio domicilio;

d) cittadini portatori di handicaps il cui grado di menomazione è superiore all'ottanta per cento ai fini dell'attività lavorativa».

Nota all'art. 33:

— Per la lettera *c)* dell'art. 24 della legge n. 730/1983 vedi nota all'art. 40.

Nota all'art. 34:

— Per l'art. 48 della legge n. 833/1978 vedi nota alle premesse.

Note all'art. 40:

— Il testo dell'art. 24 della legge n. 730/1983 è il seguente:

«Art. 24. — Al fine di razionalizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime convenzionale, nel rispetto dell'autonoma del segreto professionale dei sanitari convenzionati, gli accordi collettivi nazionali, stipulati ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in sede di rinnovo della parte normativa degli stessi, in aggiunta ai criteri definiti dall'anzidetto articolo devono prevedere:

a) le forme di responsabilizzazione degli ordinatori di spesa al fine di contenere le spese da ancorare a parametri prefissati dalla Regione sulla base di indici medi regionali di spesa raccordati a quelli nazionali;

b) l'istituzione di commissioni professionali a livello regionale con la partecipazione di rappresentanti dei medici convenzionati, della Regione, scelti tra esperti qualificati delle strutture pubbliche, universitarie e ospedaliere, e dell'ordine professionale, con il compito di definire gli standards medi assistenziali e di fissare le procedure per le verifiche di qualità dell'assistenza. Nella definizione degli standards medi assistenziali dovranno altresì essere previste le ipotesi di eccessi di spesa che potranno dar luogo, ove non giustificate, a sanzioni da determinarsi secondo i criteri previsti dal punto 8, terzo comma, del richiamato art. 48;

c) l'impegno dei sanitari convenzionati a fornire informazioni sui servizi prestati anche mediante la prescrizione a lettura automatica standardizzata di cui all'art. 12 del decrto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638, nonché l'obbligo delle unità sanitarie locali di comunicare periodicamente ai sanitari e alle commissioni di cui alla precedente lettera *b)* i dati informativi sul comportamento prescrittivo dei medici convenzionati.

In caso di mancata designazione dei componenti entro 30 giorni dall'entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di approvazione dell'accordo collettivo nazionale, la Regione costituisce in via provvisoria la commissione professionale, che resta in attività fino alla costituzione della commissione definitiva.

In applicazione dei principi di contestualità e di omogeneizzazione affermati nell'art. 20 del decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n.348, in deroga al primo comma del citato art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, gli accordi convenzionali, in scadenza o già scaduti al 31 dicembre 1983, sono rinnovati con scadenza al 30 giugno 1985».

Note all'art. 41:

— Il testo dell'art. 16 del D.P.R. n. 13/1986 reca norme in materia di «modifica del meccanismo della indennità integrativa speciale».

— La legge n. 38/1986 reca: «Disposizioni in materia di indennità di contingenza».

— Il D.P.R. n. 289/1987 reca: «Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978 n. 833».

Nota all'art. 42:

— Per l'art. 48 della legge n. 833/1978 vedi nota alle premesse.

Nota alla norma transitoria n. 1:

— L'art. 11 della legge n. 833/1978 reca norme in materia di «competenze regionali».

Nota alla norma transitoria n. 2:

— La norma transitoria n. 4 annessa al D.P.R. n. 289/1988, reca norme in materia di «associazioni ai fini del rientro nel massimale».

Nota alla dichiarazione a verbale n. 3:

— Il testo dell'art. 10, comma terzo, della legge n. 833/1978, è il seguente:

«Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i comuni, singoli o associati o le comunità montane articolano le unità sanitarie locali, in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento».

Note alla dichiarazione a verbale n. 10:

— Per la direttiva CEE n. 86/457 vedi nota all'art. 2.

Nota alla dichiarazione a verbale n. 12:

— La lettera *E* del primo comma dell'art. 41 del D.P.R. n. 289/1987 reca norme in materia di «concorso nelle spese per la produzione del reddito».

Nota alla dichiarazione a verbale n. 13:

— La deliberazione CIPE del 16 febbraio 1990 reca: «Ripartizione quote vincolate di parte corrente anno 1988 e quote di parte corrente anno 1989 del Fondo sanitario nazionale».

Nota all'allegato D:

— Per il D.M. n. 350/1988 vedi nota all'art. 23, comma 5.

— Il D.P.R. n. 119/1988 reca: «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con professionisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale per l'erogazione di prestazioni specialistiche sanitarie nei loro studi privati ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 23 agosto 1978».

— Il D.P.R. n. 120/1988 reca: «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti convenzionali in materia di prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio compresa la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e di fisiokinesiterapia, nonché ogni altra prestazione specialistica effettuata in regime di autorizzazione sanitaria, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978».

90G0336

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 settembre 1990, n. 315.

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che prevede una uniforme disciplina del trattamento economico e normativo del personale a rapporto convenzionale con le unità sanitarie locali mediante la stipula di accordi collettivi nazionali tra le delegazioni del Governo, delle regioni e dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, in campo nazionale, delle categorie interessate;

Visto l'art. 9 della legge 23 marzo 1981, n. 93, concernente disposizioni integrative della legge 3 dicembre 1971, n. 1102, recante nuove norme per lo sviluppo della montagna, che ha integrato la suddetta delegazione con i rappresentanti designati dall'Unione nazionale comuni e comunità enti montani (UNCEM), in rappresentanza delle comunità montane che hanno assunto funzione di unità sanitarie locali;

Visto l'art. 24, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730;

Vista la legge 12 giugno 1990, n. 146, recante norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati. Istituzione della Commissione di garanzia dell'attuazione della legge;

Preso atto che è stato stipulato un accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 1978, con scadenza al 30 giugno 1991, recante anche disposizioni sull'esercizio del diritto di sciopero;

Visto il secondo comma dell'art. 48 della citata legge n. 833 del 1978 sulle procedure di attuazione degli accordi collettivi nazionali;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri;

EMANA

il seguente decreto:

Art. 1.

1. È reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riportato nel testo allegato.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 28 settembre 1990

COSSIGA

ANDREOTTI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

Visto, *il Guardasigilli:* VASSALLI
Registrato alla Corte dei conti il 24 ottobre 1990
Atti di Governo, registro n. 81, foglio n. 18

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA SOTTOSCRITTO AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE N. 833/1978 SOTTOSCRITTO IL 12 APRILE 1990 E IL 12 SETTEMBRE 1990.

Art. 1.

Campo di applicazione

1. I medici specialisti in pediatria, iscritti negli elenchi di cui all'art. 5 del presente accordo, sono parte attiva e qualificante del Servizio Sanitario Nazionale per il settore preposto alla tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva da 0 a 14 anni, nei suoi momenti di prevenzione, cura, riabilitazione e raggiungimento di uno stato di maturità psico-fisica, in una nuova visione globale di servizio per il cittadino nel quadro dei piani sanitari nazionali e regionali.

2. Il presente accordo regola, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato che si instaura fra il Servizio Sanitario Nazionale ed i medici specialisti in pediatria per l'erogazione in forma diretta dell'assistenza specialistica pediatrica di libera scelta.

Art. 2.

Incompatibilità

1. In attesa della regolamentazione legislativa della materia, è incompatibile con l'iscrizione negli elenchi di cui all'art. 5 il medico che fermo restando quanto previsto dal punto 6 dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, si trovi in una della posizioni previste da norme di legge o contratti di lavoro, o che:

a) abbia un impegno orario pari o superiore complessivamente a quello stabilito per i medici a tempo pieno dipendenti dal S.S.N. risultante sia da un rapporto di lavoro dipendente che convenzionato, ex articoli 47 e 48 della legge n. 833/1978;

b) svolga funzioni fiscali per conto delle U.S.L., limitatamente all'ambito territoriale nel quale può acquisire scelte;

c) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente, di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;

d) sia iscritto negli elenchi della medicina generale;

e) svolga attività di medico specialista ambulatoriale convenzionato in branche diverse dalla pediatria;

f) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni;

g) sia proprietario od operi a qualsiasi titolo in presidi o stabilimenti o istituzioni private convenzionate con il servizio sanitario pubblico, soggetti ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/1978.

2. Lo specialista in pediatria che, anche se a tempo limitato, svolge funzioni di medico di fabbrica o collettività non puó acquisire scelte di familiari in età pediatrica dei dipendenti delle suddette aziende o dei componenti della collettività stessa.

Art. 3.

Graduatorie - Domanda - Requisiti
Procedure per la copertura delle zone carenti

1. I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività disciplinate dal presente accordo sono tratti da graduatorie uniche per titoli, predisposte annualmente a livello regionale.

2. I medici che aspirano all'iscrizione nelle graduatorie regionali devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:

a) iscrizione all'albo professionale;

b) non aver compiuto il cinquantesimo anno di età;

c) diploma di specializzazione o attestato di libera docenza in una delle seguenti discipline: «pediatria», «clinica pediatrica», «pediatria e puericultura», «patologia clinica pediatrica», «patologia neonatale», «pericultura», «pediatria preventiva e sociale».

3. Si prescinde dal requisito del limite di età per i pediatri che alla scadenza del termine di cui al comma 4 siano titolari, anche se in altra regione, di incarico disciplinato dal presente accordo.

4. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria regionale i pediatri devono inviare, con plico raccomandato, entro il termine del 31 gennaio all'assessorato alla sanità della regione in cui intendono prestare la loro attività, una domanda conforme allo schema allegato sub lettera *B)*, corredata della documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati.

5. Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 dicembre precedente.

6. Il pediatra che sia già stato iscritto nella stessa graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, oltre alla domanda, soltanto il certificato di iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli aquisiti nel corso dell'ultimo anno nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria.

7. La domanda e la documentazione allegata devono essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.

8. L'amministrazione regionale, sentito il Comitato di cui all'art. 9, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'art. 6, predispone una graduatoria unica regionale da valere per un anno specificando a fianco di ciascun nominativo il punteggio conseguito, le eventuali situazioni di incompatibilità e la residenza.

9. La graduatoria è pubblicata entro il 30 aprile sul Bollettino Ufficiale della Regione; entro 20 giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Amministrazione regionale motivata istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

10. La graduatoria regionale, previo parere del Comitato ex art. 9, è approvata in via definitiva dall'amministrazione regionale entro il 15 giugno ed è comunicata alle UU.SS.LL. e agli Ordini provinciali dei medici della Regione.

11. La graduatoria ha valore dal 1° giorno del mese di luglio dell'anno in corso al 30 giugno dell'anno successivo.

12. Entro la fine dei mesi di marzo e di settembre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco delle zone carenti di medici pediatri individuate nel corso del semestre precedente dalle singole UU.SS.LL., sentito il Comitato di cui all'art. 8, sulla base dei criteri di cui all'art. 4.

13. In sede di pubblicazione delle zone carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del medico, l'U.S.L. può indicare il Comune o la zona di ubicazione dello studio medico.

14. Possono concorrere al conferimento degli incarichi nelle zone carenti rese pubbliche secondo quanto stabilito dal comma 12:

a) i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri di libera scelta istituiti nell'ambito regionale ai sensi dell'art. 4, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino iscritti da almeno due anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo, eccezion fatta per incarichi di guardia medica;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida all'atto della pubblicazione della zona carente.

15. Gli aspiranti, entro 30 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 12, presentano separate domande alle UU.SS.LL. competenti indicando a pena di nullità le eventuali altre località carenti per le quali concorrono.

16. Allegato alla domanda deveve essere inoltrato un atto sostitutivo di notorietà attestante se alla data di presentazione della domanda il pediatra abbia in atto rapporti di lavoro dipendenti, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovi in posizione di incompatibilità.

17. Al fine del conferimento degli incarichi nelle località carenti i pediatri di cui al comma 14, lettera *b)*, sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;

b) attribuzione di punti 40 a coloro che al momento della presentazione della domanda di cui al comma 15 non abbiano alcun rapporto di lavoro dipendente, anche al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale o trattamento di pensione e non si trovino in posizione di incompatibilità e che tali requisiti conservino fino al conferimento dell'incarico.

Non è di ostacolo all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di cui al punto *b)*, l'essere titolare, al momento di presentazione della domanda per la copertura della zona carente, di un incarico di lavoro dipendente a titolo precario, purché esso cessi entro 7 giorni dall'accettazione dell'incarico per la copertura della zona carente;

c) attribuzione di punti 10 a coloro che nella località carente per la quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale.

18. Le UU.SS.LL. interpellano prioritariamente i medici di cui al comma 14, lettera *a)* in base all'anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri di libera scelta e, in subordine, in base all'anzianità di specializzazione, laddove risulti necessario, interpellano successivamente i pediatri di cui alla lettera *b)* dello stesso comma 14, in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 17.

19. Il pediatra che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 5, comma 1, è cancellato dalla graduatoria regionale.

Art. 4.

Rapporto ottimale

1. Ciascuna U.S.L., anche ai fini dello svolgimento delle procedure di cui all'art. 3, cura la tenuta di un elenco dei pediatri convenzionati articolato per Comuni, gruppi di Comuni o Distretti sulla base delle indicazioni del Piano Sanitario Regionale o di altra determinazione della Regione.

2. Gli ambiti territoriali ai fini dell'acquisizione delle scelte devono avere una congrua ampiezza anche in rapporto alla situazione orografica e alla viabilità, e un bacino di utenza pediatrica tale da consentire l'inserimento di almeno due pediatri.

3. Il pediatra operante in un Comune comprendente più UU.SS.LL., fermo restando che può essere iscritto nell'elenco di una sola U.S.L. che gestirà la posizione amministrativa del sanitario, può acquisire scelte in tutto l'ambito comunale, ai sensi dell'art. 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

4. Il numero dei pediatri iscrivibili in ciascun comune o altro ambito definito ai sensi del primo comma è determinato in base al rapporto di un medico per 600 — o frazione superiore a 300 — assistibili residenti in età compresa fra 0 e 6 anni.

5. In deroga al disposto del comma 4 l'U.S.L., sentito il Comitato ex art. 8, al raggiungimento da parte dei pediatri già iscritti di un numero medio di scelte pari ai due terzi della media del loro massimale, può, al fine di meglio garantire l'assistenza pediatrica, effettuare l'inserimento di altri pediatri nel rapporto di un medico per 600 -- o frazione superiore a 300 — assistibili residenti in età compresa fra 7 e 14 anni, calcolati in ragione di un terzo.

6. La verifica delle condizioni di cui al comma 5 ha cadenza semestrale.

7. In tutti i Comuni dell'ambito territoriale nelle zone con almeno 500 abitanti dichiarate carenti di assistenza, sentito il Comitato consultivo di U.S.L., deve essere comunque assicurato un congruo orario di assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente del pediatra neo-inserito.

8. Ai fini del corretto calcolo del rapporto ottimale e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

Art. 5.

Iscrizione negli elenchi

1. Il pediatra interpellato per garantire l'assistenza in una delle zone carenti, individuate ai sensi dell'art. 3, comma 12, deve comunicare la sua accettazione entro 7 giorni dal ricevimento della comunicazione, pena la decadenza.

2. Entro i successivi sessanta giorni, sempre a pena di decadenza deve:

aprire nella località carente assegnatagli ambulatorio idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 18 e darne comunicazione alla U.S.L.;

trasferire la residenza nella zona assegnatagli, se risiede al di fuori dell'ambito in cui è compresa la zona carente;

iscriversi all'albo professionale della provincia in cui gravita la località assegnatagli, se è iscritto in altra provincia.

3. Le Unità Sanitarie Locali, avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali, possono consentire, sentito il Comitato ex art. 8, temporanee proroghe al termine di cui al comma 2.

4. Entro quindici giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dell'ambulatorio l'U.S.L. procede alla verifica dell'idoneità dello stesso con proprio personale sanitario e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a trenta giorni per adeguare l'ambulatorio alle prescrizioni di cui all'art. 18. Trascorso tale termine inutilmente, il medico decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

5. L'incarico si intende definitivamente conferito con la comunicazione della U.S.L. attestante l'idoneità dell'ambulatorio oppure alla scadenza del termine di quindici giorni, di cui al comma 4, qualora la U.S.L. non proceda alla prevista verifica di idoneità.

6. È fatta comunque salva la facoltà delle UU.SS.LL. di far luogo in ogni tempo alla verifica dell'idoneità dell'ambulatorio, ai sensi di quanto previsto dall'art. 18.

7. Il pediatra al quale sia conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco riferito all'ambito territoriale in cui è compresa la zona carente.

8. L'insorgenza di uno dei motivi di incompatibilità di cui all'art. 2 comporta cancellazione dall'elenco.

9. Il provvedimento di decadenza dall'iscrizione negli elenchi è adottato dalla competente U.S.L. su parere del Comitato di cui all'art. 8.

10. Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di pediatri verificata dal Comitato consultivo ex art. 8, la U.S.L. può conferire ad un pediatra scelto nel rispetto dell'ultima graduatoria locale eventualmente disponibile, un incarico temporaneo onde garantire l'assistenza sanitaria nel territorio. Tale incarico, di durata comunque inferiore a sei mesi, cessa al momento in cui è individuato il medico avente diritto all'inserimento. Al medico di cui al presente comma vengono corrisposti, relativamente agli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi di cui all'art. 29 con esclusione dell'indennità forfettaria di variazione demografica.

11. In caso di decesso del pediatra convenzionato, il suo sostituto può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti già in carico al medico deceduto per non più di 30 giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

12. Il medico in servizio militare di leva o sostitutivo civile può ottenere l'iscrizione negli elenchi dei pediatri di libera scelta; per tutta la durata del servizio di leva, peraltro, l'incarico di medico pediatra deve intendersi sospeso e i relativi compiti devono essere svolti attraverso la collaborazione di un sostituto.

Art. 6.

Titoli per la formazione delle graduatorie

1. I titoli valutabili ai fini della formazione delle graduatorie sono elencati qui di seguito con l'indicazione del valore attribuito a ciascuno di essi:

I - *Titoli accademici e di studio:*

a) iscrizione all'albo professionale (il punteggio è raddoppiato, punti 0,02, per mese di iscrizione negli albi professionali della regione ove è presentata la domanda):

per ciascun mese . . . . p. 0,01

b) specializzazioni o libere docenze in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella *B*, e successive integrazioni:

per ciascuna specializzazione o libera docenza. . . . . p. 4,00

c) specializzazioni o libere docenze in discipline affini alla pediatria ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella *B*, e successive integrazioni:

per ciascuna specializzazione o libera docenza. . . . . p. 2,00

d) specializzazioni o libere docenze in discipline diverse da quelle previste alle lettere *b)* e *c)*:

per ciascuna specializzazione o libera docenza. . . . . p. 0,20

e) tirocinio abilitante svolto ai sensi della legge n. 148 del 18 aprile 1975. . . . p. 0,10

II - *Titoli di servizio:*

a) attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978, compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto è valutata:

per ciascun mese complessivo . . . . p. 0,20

b) attività di medico di medicina generale convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978, compresa quella svolta in qualità di associato o sostituto nonché l'attività di sostituzione svolta, senza titolo di specializzazione per conto di specialista pediatra di libera scelta:

per ciascun mese complessivo . . . . p. 0,10

c) attività professionale prestata come specialista pediatra alle dipendenze di strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate (compresa quella derivante da incarichi temporanei):

per ciascun mese complessivo . . . . p. 0,20

d) attività professionale prestata come medico dipendente da strutture ospedaliere pubbliche (compresa quella derivante da incarichi temporanei) o come medico militare:

per ciascun mese complessivo . . . . p. 0,10

e) servizio effettivo di guardia medica, svolto in forma attiva anche a titolo di sostituzione, ai sensi dell'apposito accordo sottoscritto in base all'art. 48 della legge n. 833/1978:

per ciascun mese ragguagliato a 96 ore di attività . . . . p. 0,10

(per ciascun mese non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore)

f) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle UU.SS.LL.:

per ciascun mese complessivo . . . . p. 0,10

g) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:

per ciascun mese . . . . p. 0,05

h) attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430:

per ciascun mese complessivo . . . . p. 0,20

i) attività professionale svolta presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono:

per ciascun mese complessivo . . . . p. 0,05

2. Ai fini della valutazione dei titoli, sedici giorni equivalgono ad un mese. I titoli di servizio sono cumulabili purché non si riferiscano ad attività svolte negli stessi periodi. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto.

3. A parità di punteggio complessivo prevalgono nell'ordine l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione, l'età.

Art. 7.

Massimale di scelte e sue limitazioni

1. I pediatri iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 800 unità.

2. I pediatri i quali, non soggetti a limitazioni del massimale, avevano acquisito la possibilità del raggiungimento della quota individuale ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 o quelli già titolari di massimale attribuito ai sensi della Convenzione Nazionale Unica del 7 gennaio 1978, stipulata ai sensi dell'art. 9 della legge n. 349/1978, conservano in deroga al massimale tale possibilità personale nel limite massimo di 1.000 scelte.

3. Eventuali deroghe al suddetto massimale potranno essere autorizzate, in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato, dalla Regione ai sensi del punto 5, terzo comma, dell'art. 48 della legge n. 833/1978.

4. Nei confronti del pediatra che, oltre ad essere iscritto negli elenchi, svolga attività compatibili con tale iscrizione, il massimale di scelte è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività.

5. Nei confronti del pediatra, anche universitario o a rapporto di impiego pubblico a tempo definito ai sensi dell'art. 35 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761/1979 oltre che a rapporto di lavoro privato a orario parziale purché compatibile, il massimale individuale è di 350 scelte.

6. Ai fini del calcolo del massimale individuale per i pediatri soggetti a limitazioni per attività a rapporto orario convenzionale si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 800 scelte per 40 ore settimanali.

7. Ai pediatri limitati di cui al comma precedente, che dispongono per l'attività pediatrica di libera scelta di un orario pari o inferiore a 34 ore settimanali, è consentita l'acquisizione di un numero di 120 scelte da aggiungere a quelle risultanti dal calcolo i cui al precedente comma.

8. Lo svolgimento di altre attività anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del pediatra, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

9. Tenuto conto della peculiarità della normativa convenzionale ed in particolare dell'obbligo assunto dagli stessi di garantire l'assistenza a favore dei neonati ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 16, è consentita l'attribuzione di scelte riferite a neonati anche in deroga al massimale individuale nella misura massima del 2%.

10. La scelta relativa ai nuovi nati appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica può essere effettuata in favore dello stesso pediatra, anche in deroga al massimale o quota individuale.

11. Il pediatra può volontariamente limitare il proprio massimale in misura non inferiore a quello previsto per il medico dipendente a tempo definito dal Servizio Sanitario Nazionale.

12. L'Unità sanitaria locale, tenuto conto dei particolari problemi relativi all'assistenza pediatrica ha la facoltà di autorizzare il pediatra che abbia raggiunto il proprio massimale o quota individuale ad acquisire nuove scelte *con la recusazione contestuale di un pari numero di scelte* da scegliere esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 13 anni.

Art. 8.

Comitato Consultivo di U.S.L.

1. In ciascuna U.S.L. è costituito un Comitato composto di:

a) il Presidente della U.S.L. o suo delegato che lo presiede;

b) un membro effettivo ed un supplente designato dal Comitato di Gestione dell'U.S.L.;

c) due rappresentanti membri effettivi e due supplenti, dei pediatri convenzionati.

2. I rappresentanti dei pediatri sono eletti tra quelli iscritti nell'elenco dei medici pediatri di ciascuna U.S.L. con il sistema previsto per le elezioni dei Consigli Direttivi degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, escluso il *quorum* ai fini della validità delle elezioni.

3. Le elezioni dei rappresentanti dei pediatri sono svolte a cura dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, avvalendosi della collaborazione dei Sindacati firmatari.

4. L'Ordine proclama gli eletti.

5. La funzione di segretario è svolta da un funzionario di parte pubblica.

6. Il Comitato ha il compito di esprimere parere obbligatorio sui seguenti argomenti:

a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 7, comma 3;

b) autorizzazione di scelte in deroga ai sensi dell'art. 13, comma 6;

c) motivi di incompatibilità agli effetti delle ricusazioni di all'ultimo comma dell'art. 14;

d) ogni altro argomento ad esso demandato dall'accordo.

7. Inoltre formula proposte in ordine alla migliore organizzazione della medicina specialistica pediatrica di base. Può a tal fine prendere visione degli atti concernenti l'applicazione del presente accordo.

8. Il Comitato si riunisce almeno una volta ogni trimestre e ogni qualvolta una delle parti lo richieda, entro 15 giorni dalla richiesta.

Art. 9.

Comitato consultivo regionale

1. In ciascuna Regione è costituito un Comitato composto di:

a) Assessore Regionale alla Sanità o suo delegato con funzioni di presidente;

b) due membri effettivi e due supplenti in rappresentanza delle U.S.L. della regione designati dall'ANCI;

c) tre membri effettivi e tre supplenti in rappresentanza dei pediatri convenzionati.

2. I rappresentanti dei medici, che devono essere iscritti nell'elenco regionale dei medici pediatri convenzionati, vengono eletti dai medici iscritti nell'elenco stesso con il sistema previsto per la elezione dei Consigli Direttivi dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, escluso il *quorum* ai fini della validità delle elezioni.

3. Le elezioni dei rappresentanti dei medici sono svolte a cura dell'Ordine capoluogo regionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, avvalendosi della collaborazione dei Sindacati firmatari.

4. La Federazione Regionale proclama gli eletti. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario di parte pubblica.

5. In caso di assenza o di impedimento del Presidente le relative funzioni sono svolte dal componente più anziano di parte pubblica.

6. La sede del Comitato è indicata dalla Regione.

7. Il Comitato predispone le graduatorie regionali dei pediatri di cui all'art. 3.

8. Il Comitato deve essere sentito preventivamente dalla Regione o dalle UU.SS.LL. su tutti i provvedimenti inerenti all'applicazione del presente Accordo, ivi compresa l'attuazione, nell'ambito del territorio della Regione, dei programmi di aggiornamento professionale obbligatorio per gli specialisti in pediatria convenzionati.

9. Il Comitato formula proposte ed esprime pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente Accordo, anche su richiesta dei comitati ex art. 8, per un corretto ricorso all'assistenza da parte degli assistibili, anche in riferimento a problemi o situazioni particolari locali che siano ad esso sottoposte dal Presidente o da almeno un terzo dei suoi componenti.

10. Svolge inoltre ogni altro compito assegnatogli dal presente accordo; la sua attività è comunque finalizzata a fornire indirizzi uniformi per l'applicazione del presente Accordo.

11. Il Comitato si riunisce almeno una volta ogni bimestre e ogni qualvolta una delle parti lo richieda, entro 15 giorni dalla richiesta.

Art. 10.

Commissione regionale di disciplina

1. In ciascuna regione, con provvedimento della Giunta regionale, è istituita una commissione di disciplina composta di:

a) il Presidente dell'Ordine provinciale dei medici della città capoluogo di regione o suo delegato, che la presiede;

b) tre membri medici e un esperto designati dall'Assessore regionale alla sanità, sentito l'ANCI regionale e un membro medico designato dalla U.S.L. che ha proceduto al deferimento;

c) tre membri medici e un esperto designati dal Consiglio direttivo della Federazione regionale degli Ordini dei medici su indicazione unitaria effettuata, di norma, d'intesa fra i sindacati medici di categoria più rappresentativi a livello nazionale.

2. La sede della commissione è indicata dalla Regione.

3. Ai fini della nomina di cui al comma 1, lettera *c)* il presidente della Federazione regionale degli Ordini dei Medici invita, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, i sindacati medici nazionali di categoria a procedere alla designazione unitaria dei medici da nominare.

4. Nel caso che i sindacati non facciano pervenire detta designazione entro trenta giorni dal ricevimento dell'invito, il consiglio direttivo della Federazione regionale degli Ordini dei Medici provvede direttamente a nominare la rappresentanza medica in seno alla commissione.

5. I rappresentanti dei pediatri in seno alla Commissione devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) età non inferiore a 40 anni;

b) anzianità di laurea non inferiore a 15 anni e di specializzazione in pediatria non inferiore a 7 anni;

c) attività di medicina specialistica pediatrica svolta in regime convenzionale per un periodo non inferiore a 5 anni.

6. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario designato dalla Regione.

7. La U.S.L. provvede all'istruttoria del caso avvalendosi della collaborazione del Comitato dell'art. 8 prima dell'eventuale deferimento alla Commissione di cui al presente articolo.

8. La Commissione esamina i casi dei medici ad essa deferiti dalla U.S.L., per inosservanza delle norme del presente accordo, iniziando la procedura entro un mese dalla data di deferimento.

9. Al medico deferito sono contestati gli addebiti ed è garantita la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni.

10. La commissione propone alla U.S.L. con atto motivato, laddove ritenga di non dover proporre l'archiviazione del caso, l'adozione di uno dei provvedimenti che seguono:

richiamo con diffida per trasgressioni ed inosservanze degli obblighi e dei compiti previsti dall'accordo;

riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di sei mesi: per inadempienze già oggetto di richiamo con diffida;

sospensione del rapporto per durata non superiore a due anni:

per gravi infrazioni anche finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali;

per omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti incompatibilità, ai sensi dell'art. 2 dell'accordo;

per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla riduzione del trattamento economico;

revoca: per recidiva di infrazioni che hanno già portato alla sospensione del rapporto.

11. I provvedimenti devono essere adottati dalla U.S.L. in conformità alle proposte della commissione di disciplina e sono definitivi. Essi sono notificati agli interessati e comunicati all'Ordine dei medici ed alla Commissione di cui al presente articolo.

Art. 11.

Istituzione, durata in carica, funzionamento degli organi collegiali - Spese per l'elezione dei rappresentanti dei pediatri.

1. I Comitati consultivi di cui agli articoli 8 e 9 e la Commissione disciplinare di cui all'art. 10 devono essere istituiti entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente accordo e durano in carica fino alla nomina delle nuove Commissioni e Comitati a seguito del rinnovo dell'Accordo stesso.

2. Le Commissioni di cui all'art. 10 e i Comitati di cui agli articoli 8 e 9 sono validamente riuniti se è presente la maggioranza dei loro componenti e le loro deliberazioni sono valide se adottate dalla maggioranza dei presenti. In caso di parità dei voti prevale il voto del Presidente.

3. È incompatibile la nomina contemporanea in più Comitati o Commissioni.

4. Le spese per le elezioni dei rappresentanti dei pediatri sono a carico di tutti i pediatri iscritti negli elenchi.

5. Le U.U.SS.LL. provvedono al pagamento delle spese suddette a carico di un fondo costituito da quote trattenute sui compensi dovuti a ciascun pediatra, nella misura indicata dall'Ordine dei Medici.

Art. 12.

Cessazione e sospensione del rapporto convenzionale

1. Il rapporto tra le UU.SS.LL. e i pediatri iscritti negli elenchi, oltre che per le altre cause di decadenza espressamente previste, cessa:

a) per il compimento del 70° anno di età;

b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 10;

c) per recesso del medico, da comunicare alla U.S.L. con almeno un mese di preavviso;

d) per sopravvenuta accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 2;

e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 18;

f) per incapacità psico-fisica di svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dalla U.S.L. e presieduta dal Presidente dell'Ordine dei medici o suo delegato.

2. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui ai punti *b)* ed *e)* del comma 1, il medico può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo due anni di cancellazione.

3. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'albo professionale.

4. Oltre che in esecuzione di provvedimenti della Commissione di disciplina di cui all'art. 10 il pediatra deve essere sospeso dall'elenco dei convenzionati per tutta la durata del servizio militare o servizio civile sostitutivo, nonché nei casi di servizio prestato all'estero, per tutta la durata dello stesso, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38.

5. Il rapporto convenzionale è sospeso, a domanda dell'interessato, per un periodo massimo continuativo di otto mesi per lo svolgimento di un'attività di lavoro dipendente di natura precaria da usufruire una sola volta durante tutto il rapporto convenzionale.

6. Nei casi previsti dai commi 1 e 2 il medico deve farsi sostituire seguendo le modalità stabilite dall'art. 34.

7. L'iscrizione nell'elenco è sospesa d'ufficio per sospensione dall'albo professionale.

8. In materia si applicano ovviamente le disposizioni di cui all'art. 9, terzo comma, della legge 23 aprile 1981, n. 154.

Art. 13.

Scelta del pediatra

1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto con il pediatra sono fondati sull'elemento fiducia.

2. La scelta del pediatra di fiducia, da operarsi all'atto del rilascio del documento di iscrizione al Servizio sanitario, deve avvenire tra i sanitari iscritti nell'elenco riferito all'ambito territoriale in cui è compresa la residenza dell'avente diritto. La scelta va annotata sul documento personale di iscrizione dando specifica evidenza alla qualifica di pediatra.

3. Il pediatra iscritto negli elenchi può acquisire e conservare scelte relative ad assistiti dalla nascita fino al compimento del quattordicesimo anno di età.

4. Le nuove scelte, operate successivamente alla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo riguardanti bambini di età fra 0 e 6 anni, relative a nuovi nati, a trasferiti, a soggetti che cambiano il medico o che vengono ricusati dal medico di medicina generale devono essere effettuate, entro i limiti del massimale individuale, in favore dei pediatri iscritti negli elenchi di cui all'art. 5. L'elenco si intende attivato con l'iscrizione del primo pediatra.

5. In mancanza di pediatri negli elenchi, le scelte di cui al comma 4 possono essere provvisoriamente effettuate in favore dei medici iscritti negli elenchi della medicina generale. In tal caso le scelte in questione vengono a cura

dell'U.S.L. inserite in separato elenco. All'atto dell'attivazione dell'elenco dei pediatri o dell'iscrizione di un'altro pediatra, l'U.S.L. invita i legali rappresentanti dei bambini interessati ad effettuare la scelta in favore del pediatra.

6. L'U.S.L., sentito il parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 8, previa accettazione del nuovo medico scelto, può consentire che la scelta sia effettuata in favore di un pediatra iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistito è residente, quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistito su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolino la normale erogazione dell'assistenza.

7. La scelta è a tempo indeterminato per i residenti.

8. Per i minori non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di tre mesi ad un massimo di un anno, con contemporanea concellazione della scelta eventualmente già in carico al medico dell'U.S.L. di provenienza del minore.

Art. 14.

Revoca e ricusazione della scelta

1. Colui che esercita la patria potestà o un familiare autorizzato può revocare in ogni tempo la scelta dandone comunicazione al competente ufficio. Contemporaneamente alla revoca, deve essere effettuata, ai sensi dell'art. 13, una nuova scelta che ai fini assistenziali ha effetto immediato.

2. Il pediatra che non intende prestare la propria opera in favore di un assistibile può in ogni tempo ricusare la scelta dandone comunicazione al competente ufficio. Tale revoca deve essere motivata, ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/1978. Fra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal sedicesimo giorno successivo alla sua comunicazione.

3. Non è consentita la ricusazione quando nel comune non sia operante altro pediatra salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte del Comitato di U.S.L. di cui all'art. 8.

Art. 15.

Revoche di ufficio

1. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistibile ha effetto dal giorno del decesso. L'U.S.L. è tenuta a comunicare la revoca al medico interessato entro un anno dall'evento.

2. In caso di trasferimento di residenza l'U.S.L. presso la quale è stata effettuata la nuova scelta comunica tale circostanza all'U.S.L. di provenienza del cittadino stesso perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta. Le UU.SS.LL. che aggiornano l'archivio-assistibili utilizzando le informazioni anagrafiche dei Comuni, possono procedere, nei casi di trasferimento, alla revoca di ufficio. L'U.S.L. è tenuta a comunicare detta revoca al medico e al cittadino interessati entro tre mesi dall'evento.

3. Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di medici diversi la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al medico interessato. Tali comunicazioni sono eseguite contestualmente alle variazioni del mese di competenza.

4. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per compimento del quattordicesimo anno di età è comunicata tempestivamente alla famiglia dell'assistito.

Art. 16.

Scelta, revoca, ricusazione: effetti economici

1. Ai fini della corresponsione dei compensi, la scelta, la revoca e la ricusazione decorrono dal primo giorno del mese in corso o di quello successivo a seconda che intervengano nella prima o nella seconda metà del mese.

2. Il reato mensile è frazionabile in ragione del numero dei giorni di cui è composto il mese al quale il rateo stesso si riferisce quando le variazioni dipendono dal trasferimento del pediatra e da cancellazione o sospensione del pediatra dall'elenco.

3. Per i nuovi nati gli effetti economici della prima scelta decorrono dal momento della nascita. Qualora la scelta non sia eseguita entro novanta giorni dalla nascita, essa decorre agli effetti economici dal novantesimo giorno antecedente la data della sua effettuazione.

Art. 17.

Elenchi nominativi e variazioni mensili

1. Entro la fine di ciascun semestre le UU.SS.LL. inviano ai pediatri l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi.

2. Le UU.SS.LL., inoltre, comunicano mensilmente ai singoli pediatri le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente, allegandovi le copie delle dichiarazioni di scelta e revoca.

3. Se possibile, i dati di cui ai commi 1 e 2 vengono forniti su supporto magnetico.

Art. 18.

Requisiti e apertura degli studi medici

1. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale oltre che ai fini della corresponsione del concorso nelle spese riferite all'attività

professionale di cui all'art. 29 ciascun pediatra deve avere la disponibilità di uno studio medico nel quale esercitare l'attività convenzionata.

2. Lo studio professionale del pediatra convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della professione, di sala di attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea.

3. Detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso di studio medico con destinazione specifica od anche essere inseriti in un appartamento per civile abitazione.

4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche, esso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione fra le due strutture.

5. Lo studio professionale dei pediatri iscritti negli elenchi salvo quanto previsto in materia di orario di guardia medica, deve essere aperto agli aventi diritto per cinque giorni alla settimana, secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alla necessità degli assistibili iscritti nel suo elenco ed alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza.

6. Il suddetto orario, da comunicare alla U.S.L., deve essere esposto all'ingresso dello studio. Eventuali variazioni devono essere adeguatamente motivate e tempestivamente comunicate all'U.S.L.

7. Nelle giornate di sabato il pediatra non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno nonché quelle eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.

8. L'apertura di un eventuale secondo ambulatorio in comune diverso da quello di iscrizione, purché nell'ambito territoriale definito ai sensi dell'art. 4, può essere autorizzato dalla U.S.L., sentito il parere del Comitato ex art. 8, solo in presenza di effettive esigenze assistenziali.

9. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i pediatri che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

10. Le visite ambulatoriali, salvo i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

Art. 19.

Divieto di esercizio di libera professione

1. Ai pediatri iscritti negli elenchi è fatto divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati.

Art. 20.

Compiti e funzioni del pediatra

1. Le prestazioni del pediatra comprendono le visite domiciliari ed ambulatoriali, a scopo diagnostico e terapeutico e preventivo individuale, nonché le prestazioni di natura incentivante di cui all'allegato elenco (allegato *A*).

2. L'attività medica viene prestata nello studio del pediatra o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato.

3. Il pediatra inserito negli elenchi assolve una funzione globale terapeutica, preventiva e di educazione sanitaria individuale per l'età evolutiva ed è pertanto tenuto ad effettuare, oltre alle funzioni di assistenza diagnostico-terapeutica, anche prestazioni concernenti:

a) la compilazione di schede e libretti sanitari previsti a livello nazionale o regionale;

b) il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e ricerca di fattori di rischio secondo i tempi e le metodologie indicate nei programmi delle UU.SS.LL., con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neurosensoriali e psichici, sentito il comitato ex art. 8;

c) la profilassi generica e specifica (variazioni obbligatorie e facoltative tecnicamente realizzabili) delle malattie infettive;

d) l'esecuzione di eventuali *screening;*

e) i controlli profilattici e relative certificazioni per le ammissioni e riammissioni di legge alle collettività infantili e scolastiche;

f) la certificazione di malattia richiesta dai familiari per gli usi consentiti dalla legge;

g) la valutazione e certificazione sanitaria della idoneità generica sportiva e dell'attitudine alle pratiche sportive;

h) gli interventi e la compilazione della scheda per l'invio a case di vacanza, campeggi;

i) gli interventi di educazione sanitaria nell'ambito dei programmi del servizio nei confronti dei propri assistiti rispetto ai rischi prevalenti per l'attività evolutiva;

l) il collegamento e la collaborazione con l'U.S.L. per ricerche statistiche ed epidemiologiche riguardanti la prima infanzia e l'età evolutiva;

m) il collegamento con presidi ospedalieri della U.S.L. in occasione di eventuali degenze dell'assistito;

n) la partecipazione a specifici incontri promossi dall'U.S.L. nell'ambito dell'organizzazione del servizio, concordando con l'U.S.L. le modalità di rimborso delle spese derivanti da eventuale onorario al sostituto.

4. Le modalità organizzative e di attuazione delle funzioni e dei compiti sopra indicati vengono definite dall'U.S.L. nell'ambito dei programmi regionali e locali.

5. Il pediatra convenzionato svolge inoltre i compiti ed esegue le prestazioni di cui ai successivi articoli.

Art. 21.

Visite domiciliari

1. La visita domiciliare deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece la richiesta venga recepita dopo le ore dieci, la visita deve essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo.

2. A cura delle UU.SS.LL. tale norma sarà portata a conoscenza degli assistibili.

3. La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.

Art. 22.

Il consulto con lo specialista

1. Il consulto può essere attivato dal pediatra di fiducia qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.

2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal pediatra presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale della U.S.L. del paziente.

3. Il consulto, previa autorizzazione della U.S.L., può essere attuato, su richiesta motivata del pediatra di libera scelta, anche presso il domicilio del paziente.

4. Il pediatra e lo specialista concordano i modi e i tempi di attuazione nel rispetto delle esigenze dei servizi della U.S.L.

Art. 23.

Accesso del pediatra di fiducia presso gli ambienti di ricovero

1. Il pediatra di fiducia può accedere, qualora lo ritenga necessario, presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza o di dimissione del proprio paziente. Tale accesso può essere attivato dal pediatra che concorda con il responsabile del reparto i tempi e i modi di attuazione. Ciò non è necessario in caso di ricovero urgente del paziente.

2. Qualora il responsabile del reparto ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente ricoverato può mettersi in contatto con il pediatra di fiducia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.

Art. 24.

Assistenza farmaceutica e modulario

1. La prescrizione di specialità farmaceutiche e di galenici avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale.

2. Il medico può da luogo al rinnovo della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

3. Nelle UU.SS.LL. inserite nel sistema regionale di controllo delle prescrizioni mediante le apparecchiature a lettura ottica, è consentita la multiprescrizione fino a 6 pezzi per ricetta per le patologie e le categorie di farmaci che saranno definite dal Ministero della sanità ai sensi dell'art. 1, comma 9, della legge n. 37/1989 entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente accordo.

4. Le parti firmatarie del presente accordo possono concordare a livello regionale sperimentazioni riguardanti modalità e procedure idonee a snellire gli adempimenti dei medici e alleviare i disagi dei cittadini oltre che a consentire una migliore raccolta dei dati.

5. Sulla ricetta di cui al decreto ministeriale n. 350/1988 il medico annota il diritto all'esenzione dal pagamento della quota a carico barrando uno degli appositi riquadri A o R, senza altre indicazioni. Qualora non sussista il diritto all'esenzione, il medico annulla, barrandolo, lo spazio destinato al codice.

6. Il diritto all'esenzione del ticket è regolato nelle forme di legge per le esenzioni da reddito. Nelle altre forme la esenzione è attestata dalla U.S.L. ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto ministeriale 24 maggio 1989 e successive modificazioni ed integrazioni.

7. La necessità della erogazione di presìdi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del medico curante alla U.S.L. L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento è disposto dalla U.S.L. secondo modalità organizzative fissate dalla regione.

8. Le parti si impegnano entro tre mesi dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo a concordare la interpretazione delle istruzioni date al medico dal decreto ministeriale n. 350/1988. Nelle more le ricette di cui al citato decreto ministeriale devono contenere le stesse indicazioni previste per l'allegato *C* del decreto del Presidente della Repubblica n. 289/1987.

9. La prima prescrizione farmaceutica in caso di urgenza, di necessità o di dimissione è compilata anche dai medici dipendenti e dagli specialisti convenzionati interni.

Art. 25.

Richiesta di indagini specialistiche proposte di ricovero o di cure termali

1. Il pediatra, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita o indagine specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.

2. La richiesta di indagine o visita specialistica deve essere corredata dalla diagnosi o del sospetto diagnostico. Esso può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 22.

3. Il medico può dar luogo al rinnovo della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.

4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, in busta chiusa con l'idicazione «al medico curante», suggerendo la terapia e segnalando l'eventuale utilità di successivi controlli specialistici.

5. Qualora lo specialista ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formula direttamente le relative richieste.

6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, neuro-psichiatria infantile e oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche.

7. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal medico curante (allegato *C*) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.

8. Il modulario di cui all'art. 24 è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste di prestazioni specialistiche. Per queste ultime è consentita nei limiti di legge la multiproposta, escludendosi ogni ulteriore adempimento a carico del medico curante. Le unità sanitarie locali si attiveranno per rispondere alle esigenze legate alla realizzazione dell'ultima norma del presente comma mediante intese da raggiungere all'interno dei comitati consultivi di cui all'art. 8.

Art. 26.

Assistenza programmata ad assistiti non ambulabili

1. L'assistenza programmata si articola in due forme di interventi:

a) assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non ambulabili;

b) assistenza nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette.

2. L'erogazione dell'assistenza nell'ambito dell'istituto di cui al comma 1, lettera *a)*, è disciplinata dal protocollo allegato sotto la lettera *D*, mentre l'istituto di cui alla lettera *b)* rimane disciplinato da intese normative ed economiche raggiunte a livello regionale con i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi in sede regionale, sentito il comitato ex art. 9.

Art. 27.

Interventi socio-assistenziali

1. Il pediatra di fiducia sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito derivante dall'osservazione prolungata dello stesso anche in rapporto al contesto familiare, riferito oltre che alle condizioni sanitarie, anche a quelle sociali ed economiche, ove lo ritenga necessario segnala ai servizi sociali individuati dall'U.S.L. l'esigenza di particolari interventi socio-assistenziali.

Art. 28.

Collegamenti con i servizi di guardia medica

1. Il pediatra di fiducia secondo scienza e coscienza valuta l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisicopatologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di guardia medica.

Art. 29.

Trattamento economico

1. Il trattamento economico del medico pediatra iscritto negli elenchi si compone delle seguenti voci:

A) Onorario professionale;

B) Quota aggiuntiva professionale;

C) Indennità di piena disponibilità;

D) Indennità forfettaria di variazione demografica;

E) Concorso nelle spese per la produzione del reddito;

F) Compenso per variazione degli indici del costo della vita;

G) Contributo previdenziale;

H) Contributo per assicurazione di malattia;

I) Compensi per eventuali visite occasionali e prestazioni di particolare impegno professionale;

L) Indennità di collaborazione informatica;

M) Maggiorazioni per zone disagiatissime.

A) *Onorario professionale.*

Ai pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi è corrisposto per ciascun assistibile in carico un compenso forfettario annuo, come da tabella che segue, distinto secondo l'anzianità di specializzazione del medico.

Anzianità di specializzazione	Compenso forfettario annuo			
	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
da 0 a 2 anni	46.653	49.912	52.727	54.048
oltre 2 fino a 9 anni	51.321	54.906	58.003	59.457
oltre 9 fino a 16 anni	55.989	59.900	63.278	64.864
oltre 16 anni	60.650	64.887	68.546	70.264
oltre 23 anni	—	—	—	75.664

B) *Quota aggiuntiva professionale.*

Per lo svolgimento di specifiche e più qualificate prestazioni professionali a favore dei propri assistiti, quali la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale (art. 20), la compilazione per estratto della suddetta scheda da rilasciarsi ai fini del ricovero in strutture di degenza (art. 25), il consulto con il medico specialista (art. 22), la continuità assistenziale nei confronti dei propri assistibili mediante accesso alle strutture di degenza (art. 23), ai medici è corrisposta, per ciascun assistibile in carico, una quota aggiuntiva professionale nella misura annua specificata nella tabella che segue:

Anzianità di specializzazione	Quota aggiuntiva professionale annua			
	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
da 0 a 2 anni	4.665	4.991	5.273	5.405
oltre 2 fino a 9 anni	5.132	5.491	5.801	5.946
oltre 9 fino a 16 anni	5.599	5.990	6.328	6.487
oltre 16 anni	6.065	6.489	6.855	7.027
oltre 23 anni	—			7.567

C) *Indennità di piena disponibilità.*

Ai sanitari che svolgono attività di pediatra di libera scelta ai sensi del presente accordo e che non hanno altro tipo di rapporto, di dipendenza o convenzione, con il Servizio sanitario nazionale, ad esclusione di rapporti nell'ambito della guardia medica e della medicina dei servizi o con altre istituzioni pubbliche o private, spetta per ciascun assistibile in carico e fino alla concorrenza del massimale di 800 scelte, una indennità annua, nelle seguenti misure:

Per i primi 250 assistibili:

Anzianità di specializzazione	Indennità di piena disponibilità			
	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
da 0 a 2 anni	5.795	6.200	6.550	6.714
oltre 2 fino a 9 anni	6.184	6.616	6.989	7.164
oltre 9 fino a 16 anni	6.572	7.031	7.428	7.614
oltre 16 anni	6.961	7.447	7.867	8.064
oltre 23 anni	—	—	—	8.514

Per gli assistibili da 251 a 800:

Anzianità di specializzazione	Indennità di piena disponibilità			
	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
da 0 a 2 anni	5.247	5.613	5.930	6.078
oltre 2 fino a 9 anni	5.635	6.029	6.369	6.529
oltre 9 fino a 16 anni	6.024	6.445	6.808	6.979
oltre 16 anni	6.413	6.861	7.247	7.429
oltre 23 anni	—	—	—	7.879

D) *Indennità forfettaria di variazione demografica.*

D1 - Ai pediatri di libera scelta è corrisposta per ciascun assistibile in carico un'indennità forfettaria annua, come da tabella che segue:

Indennità di variazione demografica	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
Per i primi 250 assistibili	26.493	30.475	33.913	38.228
Per gli assistibili da 251 fino al massimale o alla quota individuale	17.661	17.661	17.661	17.661

D2 - Nulla è dovuto a titolo di indennità di variazione demografica per gli assistibili oltre il massimale o la quota individuale.

E) *Concorso nelle spese per la produzione del reddito.*

E1 - Ai medici pediatri iscritti negli elenchi è corrisposto un concorso forfettario nelle spese sostenute in relazione alle attività professionali e in particolare per la disponibilità dello studio medico conforme alle prescrizioni dell'art. 18, per la disponibilità del telefono, per i mezzi di trasporto necessari e per ogni altro strumento utile allo svolgimento dell'attività a favore degli assistiti.

Al titolo in questione per ciascun assistibile in carico è corrisposto un concorso forfettario annuo nelle misure risultanti dalla tabella che segue:

Concorso nelle spese di produzione del reddito	dall'1-7-1988	dall'1-1-1989	dall'1-1-1990	dall'1-1-1991
Per i primi 250 assistibili	24.791	26.522	28.018	28.721
Per gli assistibili da 251 fino al massimale o alla quota individuale	17.662	18.895	19.961	20.461

E2 - Nulla è dovuto a titolo di concorso spese per gli assistibili oltre il massimale o la quota individuale.

E3 - Il concorso nelle spese viene erogato dall'U.S.L. in rate mensili.

E4 - Il contributo non compete o compete in misura proporzionalmente ridotta, quando il medico ritenga di avvalersi per l'espletamento degli obblighi convenzionali, di servizi e personale di collaborazione forniti dall'U.S.L.

In tal caso l'U.S.L. accerta e documenta le spese sostenute per assicurare al medico convenzionato, per questa sua specifica attività, servizi e personale di collaborazione: ove il medico non concordi, l'accertamento effettuato dalla U.S.L. viene verificato in sede di Comitato ex art. 8, tenendo presente l'entità sia dell'attività convenzionale svolta sia dei compiti di medicina pubblica esercitati nella medesima struttura, nonché l'opportunità di incentivare la più ampia capillarizzazione del servizio pubblico.

Verificata la spesa di cui al comma precedente, essa va imputata innanzitutto alle somme da corrispondere al medico a titolo di concorso nelle spese di produzione del reddito; ove non vi sia capienza, l'eccedenza va imputata alle somme da corrispondere al medico a titolo di indennità forfettaria a copertura del rischio e avviamento professionale di cui al precedente punto D).

F) *Compenso per variazione dell'indice del costo della vita.*

Le parti convengono che ai medici iscritti negli elenchi dei pediatri di libera scelta sono attribuite quote mensili di carovita determinate in linea con i criteri di cui alla legge n. 38 del 26 febbraio 1986 e all'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica n. 13 del 1° febbraio 1986 con le seguenti specificazioni:

a) l'adeguamento delle quote di caro-vita avviene con cadenza semestrale, con riferimento alla variazione dell'indice sindacale registrato nel semestre precedente;

b) le quote vengono corrisposte in aggiunta a quelle dovute in base alle norme del decreto del Presidente della Repubblica n. 290/87;

c) il compenso tabellare che, sommato alle quote di carovita spettanti nel semestre precedente, costituisce la base di calcolo per l'applicazione dei criteri di cui alla legge n. 38/86 e al decreto del Presidente della

Repubblica n. 13/86, è rappresentato dal valore iniziale dell'onorario professionale e della quota integrativa professionale di cui alla lettera A individuato in L. 52.727 per l'anno 1990 e L. 54.048 per l'anno 1991, moltiplicato per il numero delle scelte in carico al singolo medico in ciascun mese, con il tetto massimo di 800 scelte;

d) ai medici con un numero di scelte inferiori a 447 unità spetta un incremento delle quote di carovita corrispondente a quello riferito a 477 scelte decurtato di un decimo per ogni 50 scelte — o frazione di 50 superiore a 25 — al di sotto del limite di 477.

Le quote di carovita non spettano a coloro che comunque e a qualsiasi titolo usufruiscano di meccanismi automatici di adeguamento dei compensi al costo della vita.

Le quote di carovita spettano ai pensionati che, in dipendenza dell'incarico di cui sono titolari ai sensi del presente accordo, non percepiscono l'indennità integrativa speciale connessa con il trattamento pensionistico.

G) *Contributo previdenziale.*

Per i medici pediatri iscritti negli elenchi viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui al secondo comma del punto 6 dell'art. 9 della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al 20% (venti per cento) dell'ammontare degli emolumenti relativi ai punti A), B) e F) del presente articolo, di cui il 13% a carico della U.S.L. e il 7% a carico del medico.

I contributi devono essere versati all'ente gestore del fondo di previdenza trimestralmente, con l'indicazione dei medici a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 giorni successivi alla scadenza del trimestre.

H) *Contributo per assicurazione di malattia.*

Per far fronte al pregiudizio derivante dagli eventi di malattia è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,5% (zero virgola cinque per cento) dei compensi relativi ai punti A), B) ed F) del presente articolo, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.

Con le stesse cadenze del contributo previdenziale di cui alla lettera G), le UU.SS.LL. versano all'E.N.P.A.M. il contributo per l'assicurazione di malattia affinché provveda a riversarlo alla Compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'accordo avranno provveduto a stipulare apposito contratto di assicurazione.

I) *Compensi per eventuali visite occasionali e prestazioni di particolare impegno professionale.*

Ai pediatri spettano, infine, il compenso per le eventuali visite occasionali di cui all'art. 30 e il compenso per le prestazioni di particolare impegno professionale di cui all'allegato *A*.

L) *Indennità di collaborazione informatica.*

Ai pediatri individuati ai sensi dell'art. 40, comma 2, il cui studio professionale sia dotato di apparecchiature e programmi informatici idonei ad assicurare, oltre alla gestione della scheda sanitaria individuale:

a) il collegamento con il centro medico di prenotazione per l'accesso alle prestazioni specialistiche od ospedaliere;

b) l'acquisizione, l'elaborazione e la comunicazione alle UU.SS.LL. dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, monitoraggio dell'andamento prescrittivo, verifica di qualità dell'assistenza, ove tali programmi siano stati concordati,

è corrisposta un'indennità forfettaria mensile di L. 100.000.

M) *Maggiorazioni per zone disagiatissime comprese le piccole isole.*

Per lo svolgimento di attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta ai pediatri un compenso accessorio annuo nella misura e con le modalità concordate a livello regionale con i Sindacati di categoria più rappresentativi.

Tempi e modi di pagamento.

I compensi di cui alle lettere A), B), C), D), E) ed F), sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati, unitamente a quelli relativi alle visite occasionali e alle prestazioni di particolare impegno professionale, mensilmente entro la fine del mese successivo a quello di competenza.

Ai fini della correntezza del pagamento dei compensi ai pediatri di libera scelta si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle UU.SS.LL.

Le variazioni di retribuzioni relative ai passaggi di fascia per quanto riguarda l'anzianità di specializzazione del medico saranno effettuate una sola volta all'anno: il primo gennaio dell'anno in considerazione, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il primo gennaio dell'anno successivo se la variazione cade tra il primo luglio e il 31 dicembre.

Art. 30.

Visite occasionali

1. I medici iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistibili che li hanno preventivamente scelti.

2. I pediatri, tuttavia, salvo quanto previsto dall'art. 35 in materia di guardia medica e di assistenza nelle località turistiche, prestano la propria opera, anche in mancanza di scelta preventiva, secondo quanto disposto dall'art. 1, lett. *b)*, del decreto-legge 25 gennaio 1982, n. 16, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 marzo 1982, n. 98:

a) in favore degli assistiti in età pediatrica, trovandosi occasionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrano all'opera del pediatra;

b) in favore degli stranieri in età pediatrica in temporaneo soggiorno in Italia, che esibiscano il prescritto documento comprovante il loro diritto all'assistenza sanitaria a carico del servizio sanitario pubblico.

3. Nel riepilogo mensile delle prestazioni le visite occasionali sono elencate con l'indicazione di nome e cognome dell'avente diritto, numero del libretto, Regione di provenienza, indirizzo o numero della U.S.L. di appartenenza.

4. Le visite di cui al presente articolo sono compensate con le tariffe omnicomprensive previste dalla legge in vigore.

5. Qualora in futuro venga legislativamente riaffidata alle parti la contrattazione delle tariffe per le visite occasionali, queste restano fin da ora determinate nelle seguenti misure:

visita ambulatoriale . . . . L. 25.000
visita domiciliare . . . . » 50.000

Art. 31.

Aggiornamento obbligatorio e facoltativo
Formazione permanente

1. Le Regioni annualmente, d'intesa con gli Ordini dei medici e i Sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi avvalendosi ove possibile anche della collaborazione delle associazioni professionali di pediatria, emanano norme generali sui temi prioritari per la formazione permanente obbligatoria del pediatra, anche in relazione all'attuazione dei progetti obiettivo. Le attività di aggiornamento professionale obbligatorio si svolgono a cura dell'U.S.L. utilizzando appropriati metodi pedagogici e personale appositamente addestrato (animatori di formazione permanente).

2. Stabilite a livello regionale le linee di coordinamento ed indirizzo, la programmazione complessiva dei corsi, dei metodi, della strutturazione temporale degli stessi e quella economico-gestionale le UU.SS.LL. provvedono all'attuazione dei corsi.

3. I temi della formazione obbligatoria saranno scelti in modo da rispondere:

a) ai bisogni organizzativi del servizio (programmi obiettivo), azioni programmate, qualità e quantità delle prestazioni, patologie emergenti, ecc.;

b) ai bisogni professionali dei pediatri (evoluzione delle conoscenze scientifiche).

4. I corsi di formazione saranno di norma organizzati prevedendo:

a) idonee modalità per la rilevazione dei bisogni del servizio (Comitato consultivo regionale, commissioni professionali, rilevazione dati sulla erogazione dell'assistenza e sulla verifica di qualità);

b) idonee modalità per la rilevazione dei bisogni dei pediatri (questionari, inchieste rivolte ai pediatri, ecc.);

c) lo svolgimento preferenziale secondo la metodologia didattica dell'apprendimento per obiettivi;

d) la partecipazione di piccoli e medi gruppi;

e) appropriate modalità per la valutazione della qualità dei corsi;

f) idonee modalità per la valutazione formativa dei partecipanti.

5. I corsi, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello regionale, si svolgeranno il sabato mattina per almeno otto sabati per almeno 32 ore annue; al pediatra partecipante vengono corrisposti i normali compensi. La U.S.L. adotta i provvedimenti necessari a garantire il servizio durante le ore di aggiornamento. In caso di svolgimento in giorno diverso i partecipanti hanno diritto al pagamento della sostituzione con onere a carico della U.S.L.

6. Le UU.SS.LL. al termine di ciascun corso rilasciano un attestato relativo alle materia del corso frequentato.

7. Con accordi a livello regionale tra la Regione, Ordini dei Medici, Sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi e Associazioni professionali di pediatria saranno prese iniziative per l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un *curriculum* formativo specifico, da individuarsi tra i pediatri inseriti negli elenchi della pediatria.

8. Gli animatori per la loro attività ricevono un compenso concordato a livello regionale.

9. L'attività di animatore non comporta riduzione del massimale individuale.

10. A cura della Regione gli animatori di formazione sono iscritti in apposito Albo regionale tenuto dal Comitato regionale ex art. 9.

11. I corsi di cui ai commi precedenti sono a carico del S.S.N.

12. Il pediatra di libera scelta, previa comunicazione all'U.S.L., ha la facoltà di partecipare a proprie spese a corsi non organizzati né gestiti direttamente dalle UU.SS.LL., limitatamente alla quota-parte corrispondente ai bisogni professionali dei pediatri e cioè fino alla concorrenza della metà del tempo previsto per l'aggiornamento.

13. Il pediatra che partecipa ai corsi di cui al comma 12, riconosciuti ed accreditati dalla F.N.OO.MM.CeO, avrà pari riconoscimento di partecipazione alla formazione obbligatoria, se corrispondenti al numero delle ore relative ai corsi programmati a questo scopo.

14. Il pediatra sarà tenuto a frequentare obbligatoriamente i corsi destinati a temi corrispondenti ai bisogni organizzativi del servizio.

15. La formazione permanente deve prevedere una destinazione di risorse vincolate a questo scopo.

Art. 32.

Commissione professionale

1. In ogni Regione è costituita ai sensi dell'art. 24 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, una Commissione Professionale cui sono affidati, nel rispetto dei principi sanciti in detto art. 24, i seguenti compiti:

a) definire gli standards medi assistenziali che tengono conto anche della situazione demografica, patologica e organizzativa locale;

b) definire il parametro di spesa regionale inteso come dato indicativo per il comportamento prescrittivo responsabile del medico e per le Commissioni professionali;

c) fissare le procedure per la verifica di qualità della assistenza tenendo conto degli standards assistenziali definiti e dei parametri di spesa fissati dalla Regione sulla base di indici medi regionali di spesa raccordati a quelli nazionali, prevedendo, nei casi di eccessi di spesa, anche le modalità per la contestazione al medico assicurando la preventiva informazione ed il confronto obbligatorio con il medico stesso;

d) stabilire nei casi di reiterate inadempienze le ipotesi in cui si debba far luogo al deferimento del medico alla Commissione di cui all'art. 10.

2. Per gli adempimenti di cui al comma 1 le UU.SS.LL. hanno l'obbligo di comunicare periodicamente ai medici ed alla Commissione professionale il parametro di spesa regionale, lo standard medio assistenziale dei diversi presidi e servizi delle UU.SS.LL., nonché il comportamento prescrittivo dei singoli medici convenzionati, evidenziando in particolare quello relativo alla prescrizione farmaceutica e alla richiesta di indagini strumentali e di laboratorio, di consulenza specialistica e di assistenza ospedaliera, curando di separare i casi in cui la richiesta provenga autonomamente dal medico o sia stata richiesta da altri presidi sanitari.

3. La Commissione professionale regionale, nominata con provvedimento della Regione, è presieduta dal Presidente dell'Ordine dei Medici della città capoluogo di Regione ed è così costituita:

a) cinque esperti qualificati nominati dalla Regione scelti tra dipendenti delle strutture universitarie e del Servizio Sanitario nazionale;

b) quattro rappresentanti dei pediatri di libera scelta designati dai membri di parte medica del Comitato consultivo regionale;

c) un funzionario della carriera direttiva amministrativa della Regione con funzioni di segretario.

4. La Commissione, inoltre, anche sulla base delle segnalazioni dei dirigenti sanitari di cui all'art. 39, individua almeno due tra i seguenti progetti di valutazione e revisione della qualità dell'assistenza pediatrica:

a) valutazione e revisione delle procedure di avvio (e di accettazione) in ricovero ospedaliero e analisi dei rapporti tra pediatra di libera scelta e medico ospedaliero con riferimento ai soggetti spedalizzati (da svolgere in collaborazione con il nucleo ospedaliero della Commissione VRQ di U.S.L.);

b) analisi e valutazione dei comportamenti prescrittivi dei pediatri di libera scelta con riferimento ad indicatori aggregati relativi all'assistenza farmaceutica, alla diagnostica strumentale, agli accertamenti specialistici ed ai ricoveri ospedalieri, normalizzati per età e sesso degli assistiti, relativamente ai parametri nazionali, regionali e di U.S.L.;

c) analisi delle possibili modalità di coinvolgimento dei pediatri di libera scelta nelle rilevazioni e nelle valutazioni delle situazioni epidemiologiche locali;

d) analisi dei rapporti cittadino/medico di base secondo motivazioni di accesso e tipologie di prestazioni richieste: valutazioni e proposte per la creazione di condizioni di miglioramento dei rapporti anche mediante intervento del S.S.N. sia verso gli assistiti che verso i pediatri di libera scelta;

e) l'informazione scientifica e l'aggiornamento professionale del pediatra: analisi del ruolo svolto dal S.S.N., dall'industria farmaceutica e tecnologica, dalle associazioni sindacali e scientifiche, dai convegni di studio, dalla pubblicistica scientifica e di divulgazione, così come sono al presente e come potrebbero essere rivisitandone il ruolo secondo le esigenze professionali dei medici;

f) valutazione comparativa dei modelli di schede cliniche individuali in uso presso i pediatri di libera scelta convenzionati e proposte per l'avvio di processi di omogeneizzazione delle informazioni necessarie ai fini di gestione e di analisi epidemiologica;

g) ulteriori programmi possono essere concordati in sede locale con riferimento ad aspetti critici della situazione assistenziale.

5. In relazione ai compiti di cui al comma 4 la Commissione è tenuta ad operare anche su richiesta di una o più UU.SS.LL. In caso di inattività la Commissione è convocata dall'Assessore regionale alla Sanità.

Art. 33.

Comunicazioni del pediatra alla U.S.L.

1. Il pediatra iscritto negli elenchi è tenuto a comunicare sollecitamente alla U.S.L. competente ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la domanda di partecipazione alle graduatorie di cui all'art. 3, nonché l'insorgere di situazioni di incompatibilità previste dall'art. 2.

2. In ogni caso la U.S.L. competente o la Regione può richiedere annualmente al pediatra una dichiarazione da rilasciare entro un termine non inferiore a quindici giorni, attestante la sua situazione soggettiva professionale con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, le limitazioni del massimale, la corresponsione dell'indennità di disponibilità. Il medico nella cui posizione soggettiva non siano intervenute modificazioni, non è tenuto a inviare la richiesta dichiarazione.

3. Il pediatra è altresì tenuto a soddisfare le richieste di informazioni previste dall'art. 24, lettera *C,* della legge n. 730/1983.

4. In caso di astensione dall'attività assistenziale in dipendenza di agitazioni sindacali, il pediatra è tenuto a comunicare alla U.S.L. di iscrizione l'eventuale non adesione all'agitazione entro 24 ore dall'inizio dell'agitazione a mezzo telegramma. La mancata comunicazione comporta la trattenuta della quota relativa al periodo di astensione dall'attivita convenzionata.

Art. 34.

Sostituzioni

1. Il pediatra che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare al competente ufficio della U.S.L. il nominativo del collega o dei colleghi che lo sostituiscono quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni.

2. Il pediatra, per sostituzioni fino a trenta giorni può farsi sostituire da uno o più pediatri, o in mancanza anche da medici fuori elenco purché iscritti alla scuola di specializzazione in pediatria; in mancanza anche da medici di propria fiducia.

3. Ove la sostituzione superi i trenta giorni il pediatra deve segnalare un solo sostituto.

4. Le UU.SS.LL. per i primi trenta giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al pediatra sostituito il quale provvede a trasferire al collega le relative competenze; dal trentunesimo giorno in poi i compensi sono corrisposti direttamente al medico che effettua la sostituzione.

5. Il pediatra che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informare la U.S.L., la quale provvede a designare il sostituto prioritariamente tra i medici inseriti nella graduatoria di cui all'art. 3 e secondo l'ordine della stessa.

6. Per le sostituzioni superiori a trenta giorni il sostituto non in possesso del titolo di specializzazione percepisce i compensi secondo le tabelle previste dall'accordo per la medicina generale, relativamente al primo gruppo di anzianità di laurea.

7. Ove il sostituto sia in possesso del titolo di specializzazione percepirà il compenso previsto per i pediatri di cui alla prima fascia di anzianità di specializzazione.

8. I rapporti economici fra il pediatra sostituito e quello sostituto, chiunque fra i due percepisca i compensi, sono regolati secondo le modalità stabilite dall'apposito regolamento allegato sub *E*.

9. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

10. Fatte salve le ipotesi di malattia o per comprovati motivi di studio o per il servizio militare o sostitutivo civile, qualora il pediatra si assenti per più di sei mesi nell'anno, anche non continuativi, l'U.S.L. sentito il Comitato di cui all'art. 8, esamina il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto.

11. Le norme di cui sopra si applicano nel caso di pediatra assente per maternità.

12. Quando il pediatra sostituito per qualsiasi motivo, sia nell'impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le UU.SS.LL. possono direttamente liquidare tali competenze al medico che ha effettuato la sostituzione.

13. Alla sostituzione del pediatra sospeso dagli elenchi per effetto di provvedimenti della Commissione di cui all'art. 10 provvede la U.S.L. con le modalità di cui al quarto comma. In tal caso i compensi sono corrisposti al sostituto fin dal primo giorno.

14. Le scelte del pediatra colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al pediatra sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richieste di variazione del pediatra di fiducia; variazione che in ogni caso non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa, anche se quest'ultimo risulti essere stato iscritto nell'elenco prima di assumere tale incarico.

15. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del pediatra nell'elenco.

Art. 35.

Guardia medica e turistica

1. Il servizio di guardia medica notturno, festivo e prefestivo, nonché il servizio di assistenza nelle località turistiche di cui all'art. 42 dell'Accordo Nazionale per la medicina generale è esteso anche agli assistibili in carico ai pediatri.

Art. 36.

Diritti sindacali

1. Ai membri di parte medica eletti in tutti i Comitati e Commissioni previste dal presente Accordo è rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi.

2. Tale onere è a carico della Regione e delle singole UU.SS.LL., rispettivamente per i Comitati e le Commissioni regionali e di U.S.L.

3. I rappresentanti dei sindacati medici di categoria a carattere nazionale e regionale, i pediatri nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i pediatri eletti al Parlamento o ai consigli regionale, provinciale e comunale, possono avvalersi, con oneri a loro carico, della collaborazione professionale di medici con compenso orario.

4. Detto compenso orario, omnicomprensivo, non potrà essere inferiore al costo globale orario previsto dall'accordo collettivo ex art. 48 della legge n. 833/1978 concernente gli incarichi non specialistici a rapporto orario con le UU.SS.LL.

5. A titolo di concorso negli oneri per sostituzioni collegate allo svolgimento di compiti sindacali, a ciascun sindacato firmatario viene riconosciuta la disponibilità di tre ore annuali per ogni iscritto.

6. Il numero dei pediatri di libera scelta iscritti è rilevato a livello regionale sulla base del numero dei pediatri a carico dei quali — per ciascun sindacato — viene effettuata, a cura delle UU.SS.LL., la trattenuta della quota sindacale.

7. La segreteria nazionale del sindacato comunica ogni anno alle regioni interessate i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario accertata come sopra, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

8. Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati comunica alla propria U.S.L. il nominativo del medico che l'ha sostituito nel mese precedente e il numero

delle ore di sostituzione. Entro il mese successivo si provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, sulla base di un compenso orario pari alla misura tabellare iniziale prevista dall'accordo ex art. 48 della legge n. 833/1978 per i medici a rapporto orario addetti ad attività non specialistiche (medicina dei servizi). Il compenso è liquidato, a seconda del sistema di pagamento localmente adottato, direttamente, dalla Regione oppure dalla U.S.L. che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato.

Art. 37.

Quote sindacali

1. La riscossione delle quote sindacali per i sindacati firmatari del presente accordo avviene su delega del medico attraverso l'U.S.L. con versamento in c/c intestato al tesoriere del sindacato per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.

2. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide.

3. I costi del servizio di esazione sono a carico dei sindacati.

Art. 38.

Attività di prevenzione e profilassi

1. Per lo svolgimento di attività di prevenzione e profilassi a livello di comunità, indagini epidemiologiche ed educazione sanitaria, l'U.S.L. può conferire specifici incarichi a tempo determinato, non superiore a sei mesi, a pediatri inseriti negli elenchi dei pediatri di libera scelta della U.S.L. medesima.

2. L'incarico è preferibilmente assegnato a pediatri operanti nell'ambito territoriale in cui l'attività deve essere svolta, con numero di scelte inferiori alla metà del loro massimale e che non esplichino altre attività, oltre a quella convenzionale. In subordine il pediatra da incaricare è individuato in ragione inversa al numero delle scelte in carico.

3. La somma delle ore di incarico e delle scelte detenute dal pediatra, rapportate ad ora, non può superare l'orario settimanale di attività previsto per il personale dipendente a tempo pieno dal contratto collettivo stipulato ai sensi dell'art. 47 della legge n. 833/78.

4. Per ogni ora di attività svolta ai sensi del presente articolo al pediatra è corrisposto un compenso forfettario omnicomprensivo nella misura base fissata dall'Accordo collettivo nazionale con i medici specialisti ambulatoriali valido per il triennio 1988-1991, sul quale l'U.S.L. versa il contributo ENPAM nella misura e con le modalità di cui all'art. 29.

5. Nel caso che l'attività di cui al presente articolo sia svolta il località diversa dal Comune di residenza del pediatra, a questi spetta l'indennità chilometrica nella misura in vigore per i pubblici dipendenti.

Art. 39.

Rapporti tra il pediatra convenzionato e la dirigenza sanitaria della U.S.L.

1. Il dirigente sanitario medico preposto, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della U.S.L., al servizio specifico di tutela a quello ricomprendente la tutela anzidetta procede al controllo della corretta applicazione della presente convenzione per quel che riguarda gli aspetti sanitari.

2. I pediatri convenzionati sono tenuti a collaborare con il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.

art. 40.

Collaborazione informatica

1. Per promuovere ed incentivare la informatizzazione degli studi medici in grado di collaborare con il S.S.N. per rilevazioni di tipo epidemiologico, il Servizio sanitario nazionale mette a disposizione, dal 1° gennaio 1991 e per la durata del presente accordo, in ciascuna Regione a favore del 5% dei pediatri di libera scelta, una indennità mensile di L. 100.000, alla condizione che gli studi medici risultino dotati delle attrezzature informatiche e dei programmi indicati all'art. 29, lettera L).

2. La Regione, sentita la Commissione Consultiva regionale di cui all'art. 32, individua i pediatri convenzionati interessati alla realizzazione della particolare forma di collaborazione prevista e disciplinata nel presente articolo.

Art. 41.

Durata dell'accordo

1. Il presente accordo ha durata triennale e scade il 30 giugno 1991.

Art. 41-*bis*

Esercizio del diritto di sciopero
Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione

1. Nel campo dell'assistenza pediatrica di base sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge n. 146/1990, art. 2, comma 2, le visite domiciliari urgenti.

2. Le prestazioni di cui al comma 1, in caso di sciopero della categoria dei medici pediatri di libera scelta convenzionati continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui all'art. 21, comma 3, del presente accordo.

3. Il diritto di sciopero dei medici pediatri di libera scelta convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicando anche la durata dell'astensione dal lavoro.

4. I medici pediatri di libera scelta che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo sono deferiti alla Commissione regionale di disciplina che adotterà le sanzioni secondo le procedure stabilite dall'art. 10.

5. Le OO.SS. si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

a) nel mese di agosto;

b) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;

c) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;

d) nei giorni dal 23 dicembre al 3 gennaio;

e) nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

Norma finale n. 1

1. I pediatri che, alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo, risultano iscritti negli elenchi dei pediatri di libera scelta delle UU.SS.LL. sono confermati nel rapporto convenzionale, salvi l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità e il possesso dei requisiti prescritti.

Norma finale n. 2

1. I pediatri inclusi nello speciale elenco regionale degli ex associati ai sensi della norma transitoria n. 1 annessa al decreto del Presidente della Repubblica n. 290 dell'8 giugno 1987 ovvero in forza di provvedimenti, anche provvisori, emessi in loro favore dalla magistratura ordinaria o amministrativa, sono inseriti in soprannumero rispetto al rapporto ottimale fissato dall'art. 4, negli elenchi dei pediatri di libera scelta di cui allo stesso art. 4, comma 1, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo.

2. Dalla stessa data ai pediatri di cui al comma 1 si applicano integralmente le norme del presente accordo.

Norma finale n. 3

1. Le parti riconoscono l'utilità che eventuali questioni interpretative e applicative aventi rilevanza generale nonché problemi scaturenti da provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura, ecc., i quali incidano direttamente sulla disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dall'accordo, formino oggetto di esame tra le parti nel corso di apposite riunioni convocate dal Ministero della Sanità, anche su richiesta di parte sindacale.

Norma finale n. 4

1. Laddove sopravvengano impedimenti all'applicazione dell'art. 12, comma 1, lettera *a)*, le parti convengono fin da ora di fissare in 350 unità il massimale di scelte per i pediatri ultrasettantenni, con divieto di acquisire nuove scelte anche nel caso che non abbiano raggiunto il massimale anzidetto.

2. Si conviene inoltre che tali pediatri dovranno rientrare nel massimale entro il termine di 30 giorni attraverso l'istituto della recusazione volontaria. In difetto, le UU.SS.LL. procederanno alle operazioni di rientro attraverso la revoca di ufficio di tutte le scelte in carico al pediatra inadempiente, invitando nel contempo gli assistiti interessati ad effettuare la scelta del pediatra di fiducia.

3. In attesa del compimento delle operazioni di rientro il pediatra pur essendo impegnato ad assicurare l'assistenza a coloro che lo avevano scelto, non può percepire compensi per un numero di scelte superiore al massimale di 350 unità.

Norma transitoria n. 1

1. In attesa dell'applicazione della presente convenzione le Commissioni e i Comitati costituiti ai sensi degli articoli 8, 9, 11 e 12 del D.P.R. 13 agosto 1981 sono confermati in carica.

Norma transitoria n. 2

1. Nelle more di una regolamentazione dei rapporti fra sanità civile e sanità militare, che partendo dalle indicazioni dell'art. 11 della legge n. 833/1978, consenta una effettiva integrazione fra i due sistemi a tutto vantaggio dei cittadini che prestano servizio militare e con piena utilizzazione delle strutture militari, la norma di cui al quinto comma dell'art. 7 viene estesa ai medici militari titolari di convenzione alla data di pubblicazione del D.P.R. che rende esecutivo l'accordo.

2. Vengono fatte salve le situazioni particolari di carenza di medici civili in aree prive di collegamenti funzionali con i servizi territoriali delle UU.SS.LL. nelle quali risiedono familiari di militari.

Dichiarazione a verbale n. 1

1. Le parti riconoscono l'opportunità che nell'ambito della guardia medica sia valutata positivamente la possibilità di prevedere l'intervento del pediatra attraverso modalità da concordare.

Dichiarazione a verbale n. 2

1. Le parti convengono che i compiti affidati dal presente accordo all'A.N.C.I. regionale saranno espletati dall'Assemblea dei Presidenti delle UU.SS.LL. interessate quando la sezione regionale dell'A.N.C.I. non risulti costituita.

Dichiarazione a verbale n. 3

1. Le parti chiariscono che le dizioni regioni, amministrazione regionale, giunta regionale, assessore regionale alla sanità usate nel testo dell'accordo valgono ad individuare anche i corrispondenti organismi delle province autonome di Trento e Bolzano.

2. Chiariscono inoltre che le dizioni «Ordine dei Medici», «Federazione Regionale degli Ordini dei Medici» e «Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici» vanno intese come «Ordine dei medici e degli Odontoiatri», «Federazione regionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri» e «Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri».

Dichiarazione a verbale n. 4

1. Per quanto concerne l'allegato *B* le parti si richiamano, con gli opportuni adattamenti da apportare in sede locale, allo schema di domanda annesso sotto la lettera *B*) al D.P.R. n 883/1984.

Dichiarazione a verbale n. 5

1. Il Ministero della Sanità conviene che tra i titoli di servizio valutabili ai fini dei concorsi per il personale dipendente del Servizio Sanitario nazionale sia dato rilievo all'attività di medico pediatra di libera scelta.

Dichiarazione a verbale n. 6

1. Le parti si impegnano ad assumere iniziative per lo studio e l'attuazione di un piano organico finalizzato alla profilassi della carie dentale della popolazione infantile, avvalendosi, eventualmente, anche della collaborazione delle associazioni scientifiche e culturali della categoria.

Dichiarazione a verbale n. 7

1. Le parti convengono che in tutti i casi in cui il Comitato consultivo di cui all'art. 8 non risulti costituito i compiti ad esso demandati siano svolti dal Comitato consultivo ex art. 9.

Dichiarazione a verbale n. 8

1. Le parti si danno reciprocamente atto che le quote di caro-vita dovute ai pediatri di libera scelta alla data del 1° novembre 1985 ammontavano a L. 610.310 mensili correlate al tetto massimo di n. 477 scelte.

2. Eventuali correzioni dipendenti dalla presa d'atto di cui al comma 1 hanno effetto dal mese successivo a quello di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo.

Dichiarazione a verbale n. 9

1. Le parti si danno atto che a decorrere dall'anno 1990, relativamente alle spese sostenute nell'anno 1989, cessano di essere operanti le clausole sulla dimostrazione delle spese di cui all'art. 29, comma 1, lettera E), punto III, del decreto del Presidente della Repubblica n. 289/87.

Dichiarazione a verbale n. 10

1. Le parti si impegnano a concordare entro sessanta giorni dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'accordo lo schema di scheda sanitaria di cui all'art. 20, comma 3, lettera *a*).

Dichiarazione a verbale n. 11

1. Le parti convengono che le graduatorie formate nel 1990 ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 290/1987 avranno valore fino al 30 giugno 1991.

ALLEGATO *A*

PRESTAZIONI
DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE

1) Le prestazioni di particolare impegno professionale eseguibili dai pediatri di libera scelta sono quelle elencate in calce al presente allegato nell'apposito nomenclatore-tariffario.

2) Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite a domicilio dell'utente o nello studio professionale del pediatra a seconda delle condizioni di salute del paziente.

3) Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al punto 1) lo studio professionale del pediatra deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'U.S.L. di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il pediatra è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.

4) Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni di particolare impegno professionale il pediatra è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare nome, cognome, indirizzo e numero del libretto di iscrizione dell'assistito. Se la prestazione è eseguita previa autorizzazione sanitaria della U.S.L., alla distinta deve essere allegato l'originale dell'autorizzazione stessa sulla quale il pediatra, per ogni singola prestazione eseguita, deve far apporre la firma del legale rappresentante dell'assistito che ne ha beneficiato.

Il mancato invio della distinta riepilogativa delle prestazioni entro il termine stabilito priva l'Ente erogatore della possibilità di esercitare tempestivamente i propri poteri di controllo.

Qualora il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore, il caso sarà esaminato ai fini del pagamento tra l'Ente erogatore e il sanitario interessato.

Le parti si impegnano a riesaminare le clausole di cui al presente punto 4), comma primo, in relazione ai contenuti del provvedimento che sarà emanato dal Ministro della Sanità ai sensi del decreto ministeriale 11 luglio 1988, n. 350, art. 1, comma 5.

5) Al pediatra spettano i compensi omnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario. Fermo il divieto di cui all'art. 19 nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito.

I compensi per le prestazioni di particolare impegno professionale sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4).

6) Gli emolumenti riferiti alle prestazioni di particolare impegno professionale non possono superare mensilmente il 25 per cento dei compensi corrisposti nello stesso mese al pediatra a titolo di onorario professionale e quota integrativa proporzionale di cui alla lettera A) dell'art. 29.

7) I dati relativi all'andamento delle prestazioni di particolare impegno professionale rientrano tra quelli da sottoporre alle Commissioni professionali regionali di cui all'art. 32 del presente accordo.

8) Per le tariffe delle prestazioni di cui al presente allegato si fa riferimento ai vigenti nomenclatori tariffari annessi agli accordi nazionali per il convenzionamento esterno resi esecuitivi con i DD.PP.RR. nn. 119 e 120/1988 e successive modifiche ed integrazioni, fatta eccezione per le voci indicate ai numeri 2, 3, 4, 8, 9, 13, 14, 17, 18 e 28 dell'allegato *A*, parte A, e 2, 3 e 4 del medesimo allegato parte *B* che a titolo provvisorio rimangono in vigore nella misura indicata nell'allegato *A* del D.P.R. n. 290/1987 sino all'esecutività dei nuovi accordi per il convenzionamento specialistico esterno.

9) Le parti firmatarie si impegnano, al compimento del sesto mese successivo all'esecutività del presente accordo, a verificare l'andamento degli oneri conseguenti alle prestazioni in oggetto e qualora si riscontrino oneri aggiuntivi senza corrispondenti diminuzioni di spese per il medesimo titolo in altri settori si impegnano altresì ad un protocollo integrativo di revisione dell'istituto in oggetto.

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE.

A) *Prestazioni eseguibili senza autorizzazione.*

1) Sutura di ferita superficiale . . . .
2) Rimozione di punti di sutura e medicazione . .
3) Fleboclisi (unica: eseguibile in caso di intervento di urgenza) . . . .
4) Lavanda gastrica . . . .
5) Tamponamento nasale anteriore. . . . .
6) Estrazione corpo estraneo dal naso. . . . .
7) Estrazione corpo estraneo dall'orecchio . . . . .
8) Prima medicazione (*) . . . .
9) Medicazioni successive . . . .
10) Riduzione incruenta di fimosi e parafimosi . . .
11) Riduzione di ernia ombelicale. . . . .
12) Riduzione di ernia inguinale. . . . .
13) Sbrigliamentoinechia piccole labbra. . . . .
14) Toilette di perionichia supporata . . . .
15) Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna .
16) Riduzione della sublussazione articolazione scapolo-omerale . . . .
17) Terapia iniettoria desensibilizzante (per seduta).
18) Iniezione di gammaglobuline specifiche. . . . . .
19) Diatermocoagulazione cutanea. . . . .
20) Asportazione di verruche. . . . .
21) Iniezione endovenosa . . . .
22) Scotch-test per ossiuri . . . .
23) Reazione alla tubercolina (Tine-Test). . . . . . .
24) Allergometria tubercolinica. . . . .
25) Tampone faringeo: prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non deambulabili) . . . .
26) Trattamento mastopatia suppurata in neonati. .
27) Trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo. . . .
28) Ricerca streptococco A (solo su pazienti non deambulabili) . . . .

B) *Prestazioni eseguibili con autorizzazione sanitaria*

1) Test cutanei per allergopatie. . . . .
2) Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide (per singola prestazione) (**) . . . .
3) Screening per l'ambliopia . . . .
4) Boel test (screening audiometrico entro il 1° anno di età) . . . .

(*) Per prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata.

(**) Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del pediatra deve essere dotato di idonei impianti fissi.

ALLEGATO *C*

SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE

1. Caro collega,

invio in ospedale ...l... paziente signoı..................

....

1) Motivo del ricovero..

....

....

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto ....

....

....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria.......................

....

....

....

2. Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

3. Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata, in busta chiusa, una esauriente relazione clinica.

................., lì ....

Dott. ....

Recapito telefonico ....

ALLEGATO *D*

ASSISTENZA PROGRAMMATA DOMICILIARE NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI NON AMBULABILI.

Art. 1.
Prestazioni domiciliari

1. L'assistenza domiciliare programmata di cui all'art. 26, comma 1, lettera *a)*, è svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;

controllo sulle condizioni igieniche e sul conforto ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;

indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;

indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;

indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla U.S.L.;

collaborazione con il personale dei servizi sociali della Unità sanitaria locale per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;

predisposizione e attivazione di «programmi individuali» con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;

attivazione degli interventi riabilitativi;

tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla U.S.L. sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni di particolare impegno professionale, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

Art. 2.
Attivazione del servizio domiciliare

1. Le caratteristiche dei casi soggetti ad intervento riguardano pazienti con impossibilità a deambulare, quali ad esempio:

a) impossibilità permamente a deambulare (es. portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);

b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);

c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:

insufficienza cardiaca in stadio avanzato;

insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;

arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;

gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;

cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;

tetraplegici.

Art. 3.
Procedure per l'attivazione dell'assistenza

1. La segnalazione del caso abbisognevole di assistenza domiciliare può essere effettuata dal pediatra di libera scelta, dai competenti servizi sanitari e sociali o dalle famiglie.

2. Fermo restando gli obblighi in materia di visite domiciliari, la proposta motivata di intervento deve essere formulata, in ogni caso, dal pediatra di libera scelta con precisazione del numero degli accessi.

3. Nella stessa saranno indicate anche le esigenze assistenziali (di massima) di tipo sanitario nonché le necessità di eventuali supporti di personale.

4. Al fine di fornire al medico della U.S.L. la possibilità di concordare sollecitamente il programma assistenziale proposto, è necessario che dalla richiesta del pediatra emerga con chiarezza, oltre la diagnosi motivata, ogni altra eventuale indicazione utile a confermare la oggettiva impossibilità di accesso del paziente allo studio del medico.

5. L'esame del programma da parte del medico della U.S.L. deve avvenire entro 15 giorni dalla segnalazione effettuata secondo le modalità di cui sopra al Distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine dianzi indicato il programma, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.

Art. 4.
Rapporti con il distretto

1. In relazione alle condizioni di salute di ogni soggetto e ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il pediatra ed il medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria concordano:

a) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza sanitaria programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno (con possibilità di proroga);

b) la cadenza settimanale o quindicinale o mensile degli accessi del pediatra, che può variare in relazione alla diversa intensità dell'intervento come determinata dalla evoluzione dello stato di salute del soggetto;

c) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni infermieristiche, sociali, specialistiche, di ricerca diagnostica, che necessitino al soggetto.

Art. 5.

Compenso economico

1. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso omnicomprensivo per ciascun accesso di L. 30.000.

2. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.

3. Il trattamento economico cessa immediatamente in caso di ricovero in strutture sanitarie o sociali, per cambio del medico, cambio di residenza e il venir meno delle condizioni cliniche inizialmente valutate.

Art. 6.

Modalità di pagamento

1. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al distretto, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione della prescrizione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.

2. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nella quantità degli accessi annotati dal medico sulla scheda degli accessi presso il domicilio del paziente.

3. In caso di discordanza fa fede quanto risulta dalla scheda degli accessi.

4. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione della prestazione, che deve sempre essere documentato alla U.S.L. nei tempi previsti.

Art. 7.

Documentazione di distretto

1. Presso ogni distretto, è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun pediatra di libera scelta che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti con le relative variazioni mensili, ed i modelli per l'assistenza domiciliare in ordine alfabetico.

Art. 8.

Verifiche

1. Il dirigente medico responsabile del competente Servizio della U.S.L. ed i responsabili distrettuali delle attività sanitarie possono in ogni momento verificare presso i domicili degli assistiti la necessità, l'efficienza e l'efficacia degli interventi attivati.

2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo col pediatra.

ALLEGATO *E*

REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE E SOSTITUTO NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA.

1. I rapporti economici tra medico sostituto e quello sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi dalla U.S.L., sono regolati tenendo conto dell'uso delle attrezzature e delle altre spese, oltre che della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

2. L'onorario professionale, la quota integrativa professionale e la quota aggiuntiva professionale nonché il compenso di variazione degli indici del costo della vita, quest'ultimo nel caso che spetti al medico sostituito e il sostituto ne abbia diritto ai sensi dell'art. 29 devono essere corrisposti al medico sostituto.

3. Se il medico sostituto svolge la propria attività professionale usufruendo dello studio e delle attrezzature del medico sostituito, a detto medico sostituto spetta il 15% del concorso delle spese per la produzione del reddito, in quanto quest'ultimo utilizza il proprio mezzo di trasporto per l'espletamento delle visite domiciliari.

4. L'indennità forfettaria a copertura del rischio e di avviamento professionale rimane di esclusiva competenza del medico sostituito.

5. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi di cui al comma 2 spettano, per i primi 30 giorni, integralmente al medico sostituto se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati dal 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833:

Ministero della Sanità: DE LORENZO
Ministero del Tesoro: RUBBI
Ministero del Lavoro e della previdenza sociale: DONAT CATTIN
Regione VENETO: BOGONI - BOLIS
Regione TOSCANA: RICCA
Regione LAZIO: ZIANTONI - CERCHIA
Regione PIEMONTE: RESTAGNO
Regione CALABRIA: CARATOZZOLO
A.N.C.I.: GONZI - ACOCELLA - TAGLIABUE - RUSSO VALENTINI - PANELLA - ATTANASIO
U.N.C.E.M.: PIERGENTILI - RAMACCIOTTI
Federazione Italiana Medici Pediatri (F.I.M.P.): ZAMBONI
C.G.I.L. Coordinamento Medici: COZZA - CAU
U.I.L. Sanità: CROCE
C.I.S.L. Medici: BONFANTI - RIZZO - SCOLERI - LEMBATI
F.N.OO.MM.: BONI - POGGIOLINI

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici partecipa ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978 in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico.

Il presente Accordo è stato sottoscritto anche dalla seguenti Organizzazioni Sindacali:

DIRSAN - CONFEDIR: RAI
UMUS CONF. SAL: VERNIERO

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato in rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

— L'art. 48 della legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, reca norme relative al «personale a rapporto convenzionale».

— Il testo dell'art. 24, ultimo comma, della legge n. 833/1978 recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984)», è riportato nella nota all'art. 32.

Nota all'art. 1:

— Per l'art. 48 della legge n. 833/1978 vedi nota alle premesse.

Nota all'art. 2:

— Il testo del punto 6 dell'art. 48 della legge n. 833/1978 è il seguente:

«6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4)».

— L'art. 47 della legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale, reca norme relative al «personale dipendente».

— Per l'art. 48 dela legge n. 833/1978 vedi note alle premesse.

— Il D.M. 15 ottobre 1976 reca «Regolamenti dei fondi di previdenza in favore dei medici mutualistici: ambulatoriali, generici e specialisti esterni».

— L'art. 43 della legge n. 833/1978 reca norme in materia di «Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie».

Nota all'art. 4:

— Il testo del comma 3 dell'art. 25 dela legge n. 833/1978 è il seguente:

«L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del Servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino».

Note all'art. 6:

— Il D.M. 10 marzo 1983 reca: «Elenco delle discipline equipollenti ed affini rispetto alle discipline oggetto degli esami di idoneità e dei concorsi presso le unità sanitarie locali valevole per la formazione delle commissioni esaminatrici e per la valutazione dei titoli negli esami di idoneità e nei concorsi di assunzione dei medici, farmacisti e veterinari presso le unità sanitarie locali».

— La legge n. 148/1975 reca: «Disciplina sull'assunzione del personale sanitario ospedaliero e tirocinio pratico. Servizio del personale medico. Dipartimento. Modifica e integrazione dei decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, numeri 130 e 128».

— Per l'art. 48 della legge n. 833/1978 vedi note alle premesse.

— La legge n. 38/1979 reca: «Cooperazione dell'Italia con i Paesi in via di sviluppo».

— La legge n. 735/1960 reca: «Riconoscimento del servizio sanitario prestato dai medici italiani negli ospedali all'estero».

— Il D.M. n. 430/1988 reca: «Riconsocimento dell'attività medica all'estero ai fini dell'accesso alle convenzioni con le unità sanitarie locali per l'assistenza generica, specialistica e pediatrica».

Note all'art. 7:

— Il D.P.R. 13 agosto 1981 reca: «Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 48 dela legge 23 dicembre 1978 n. 833».

— La Convenzione nazionale unica del 7 gennaio 1978, stipulata ai sensi dell'art. 9 dela legge n. 349/1978 reca: «Accordo nazionale tipo per le convenzioni nazionali uniche per la disciplina normativa e per il trattamento normativo e per il trattamento economico dei medici generici e pediatri».

— Il punto 5, comma terzo, dell'art. 48 della legge n. 833/1978 è il seguente:

«Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato delle regioni, previa domanda motivata all'unità sanitaria locale».

— L'art. 35 del D.P.R. n. 761/1979 reca norme in materia di «rapporto di lavoro del personale medico».

Note all'art. 12:

— Per la legge n. 38/1979 vedi note all'art. 6.

— Il testo dell'art. 9, comma terzo, della legge n. 154/1981 è il seguente:

«In questo caso la convenzione rimane sospesa per tutta la durata del mandato elettivo ed il professionista può essere sostituito, per detto periodo, secondo le modalità stabilite per le sostituzioni degli accordi collettivi nazionali di cui all'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Le cause di incompatibilità, di cui all'art. 8 della presente legge non hanno effetto per i titolari di farmacie che richiedono la sostituzione, per la durata del mandato, con altro farmacista iscritto all'ordine dei farmacisti nella conduzione professionale della farmacia».

Nota all'art. 14.

— L'art. 25 dela legge n. 833/1978 reca norme in materia di «prestazioni di cura».

Note all'art. 24:

L'art. 1 della lege n. 37/1989 (Contenimento della spesa sanitaria) reca «misure in materia di assistenza farmaceutica».

— Il D.M. n. 35/1988 reca: «Disciplina dell'impiego nel Servizio sanitario nazionale del ricettario standardizzato a lettura automatica».

— Il testo del comma 2 dell'art. 4 del D.M. 20 maggio 1989 è il seguente:

«Il modulo B firmato dal responsabile dell'ufficio addetto al rilascio della esenzione è redatto in triplice copia, una delle quali è trasmessa entro cinque giorni all'unità sanitaria locale di appartenenza e l'altra è consegnata all'interessato. Il modulo B va numerato progressivamente e reca l'indicazione del codice attribuito al comune attestante dal Ministero dell'interno per i trasferimenti erariali. Parimenti va comunicata all'Unità sanitaria locale di iscrizione l'intervenuta cessazione del diritto all'esenzione».

— L'allegato *C* al D.P.R. n. 289/1987 reca il modulario per la prescrizione farmaceutica.

Note all'art. 29:

— La legge n. 38/1986 reca «Disposizioni in materia di indennità integrativa».

— L'art. 16 del D.P.R. n. 13/1986 reca: «Modifica del meccanismo della indennità integrativa speciale».

— Il D.P.R. n. 290/1987 reca: «Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978 n. 833».

— Per l'art. 9 dlela lege n. 349/78 vedi nota all'art. 7.

Nota all'art. 30:

— L'art. 1, lettera *b)*, del D.L. n. 16/1982, convertito nela legge n. 98/1982, reca norme in materia di «visite occasionali».

Nota all'art. 32:

— Il testo dell'art. 24 della legge n. 730/1983 è il seguente:

«Al fine di razionalizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime convenzionale, nel rispetto dell'autonomia del segreto professionale dei sanitari convenzionati, gli accordi collettivi nazionali, stipulati ai sensi dell'articolo 48 dell legge 23 dicembre 1978, n. 833, in sede di rinnovo della parte normativa degli stessi, in aggiunta ai criteri definiti dall'anzidetto articolo devono prevedere:

a) le forme di responsabilizzazione degli ordinatori di spesa al fine di contenere le spese da ancorare a parametri prefissati dalla regione sulla base di indici medi regionali di spesa raccordati a quelli nazionali;

b) l'istituzione di commissioni professionali a livello regionale con la partecipazione di rappresentanti dei medici convenzionati, della regione, scelti tra esperti qualificati delle strutture pubbliche universitarie e ospedaliere, e dell'ordine professionale, con il compito di definire gli standards medi assistenziali e di fissare le procedure per le

verifiche di qualità dell'assistenza. Nella definizione degli standards medi assistenziali dovranno altresì esser previste le ipotesi di eccessi di spesa che potranno dar luogo, ove non giustificate, a sanzioni da determinarsi secondo i criteri previsti dal punto 8, terzo comma, del richiamato articolo 48;

c) l'impegno dei sanitari convenzionati a fornire informazioni sui servizi prestati anche mediante la prescrizione a lettura automatica standardizzata di cui all'articolo 12 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638, nonché l'obbligo delle unità sanitarie locali di comunicare periodicamente ai sanitari e alle commissioni di cui alla precedente lettera *b)* i dati informativi sul comportamento prescrittivo dei medici convenzionati.

In caso di mancata designazione dei componenti entro 30 giorni dall'entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di approvazione dell'accordo collettivo nazionale, la Regione costituisce in via provvisoria la commissione professionale, che resta in attività fino alla costituzione della commissione definitiva.

In applicazione dei principi di contestualità e di omogeneizzazione affermati nell'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n. 348, in deroga al primo comma del citato articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, gli accordi convenzionali, in scadenza o già scaduti al 31 dicembre 1983, sono rinnovati con scadenza al 30 giugno 1985».

Note all'art. 33:

— Per la lettera *c)* dell'art. 24 della legge n. 780/83 vedi nota all'art. 32.

Nota all'art. 36:

— Per l'art. 48 della legge n. 833/1978 vedi note alle premesse.

Nota all'art. 38:

— Per l'art. 47 della legge n. 833/1978 vedi nota all'art. 2.

Nota alla norma finale n. 2:

— La norma transitoria n. 1 del D.P.R. n. 290/1987 reca norme in materia di «associazioni ai fini del rientro nei massimali».

Nota alla norma transitoria n. 2:

— L'art. 11 della legge n. 833/1978 reca norme in materia di «competenze regionali».

Note alla dichiarazione a verbale n. 4:

— Il D.P.R. n. 883/1984 reca «Accordo collettivo per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978».

Note all'allegato A:

— Per l'art. 1 del D.M. n. 350 dell'11 luglio 1988 vedi nota all'art. 24.

— Il D.P.R. n. 119/1988 reca: «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con professionisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale per l'erogazione di prestazioni specialistiche sanitarie per loro studi privati ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 23 agosto 1978».

— Il D.P.R. n. 120/1988 reca: «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti convenzionali in materia di prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio compresa la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e di fisiokinesiterapia, nonché ogni altra prestazione specialistica effettuatata in regime di autorizzazione sanitaria, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978».

— Per il D.P.R. n. 290/87 vedi nota all'art. 29.

90G0337

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 settembre 1990, n. 316.

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che prevede una uniforme disciplina del trattamento economico e normativo del personale a rapporto convenzionale con le unità sanitarie locali mediante la stipula di accordi collettivi nazionali tra le delegazioni del Governo, delle regioni e dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, in campo nazionale, delle categorie interessate;

Visto l'art. 9 della legge 23 marzo 1981, n. 93, concernente disposizioni integrative della legge 3 dicembre 1971, n. 1102, recante nuove norme per lo sviluppo della montagna, che ha integrato la suddetta delegazione con i rappresentanti designati dall'Unione nazionale comuni e comunità enti montani (UNCEM), in rappresentanza delle comunità montane che hanno assunto funzione di unità sanitarie locali;

Visto l'art. 24, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730;

Vista la legge 12 giugno 1990, n. 146, recante norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati. Istituzione della Commissione di garanzia dell'attuazione della legge;

Preso atto che è stato stipulato un accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 1978, con scadenza al 30 giugno 1991, recante anche disposizioni sull'esercizio del diritto di sciopero;

Visto il secondo comma dell'art. 48 della citata legge n. 833 del 1978 sulle procedure di attuazione degli accordi collettivi nazionali;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri;

EMANA

il seguente decreto:

Art. 1.

È reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riportato nel testo allegato.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 28 settembre 1990

COSSIGA

ANDREOTTI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

Visto, *il Guardasigilli:* VASSALLI
Registrato alla Corte dei conti il 24 ottobre 1990
Atti di Governo, registro n. 81, foglio n. 17

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE EX ART. 48 DELLA LEGGE N. 833/78 PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI SOTTOSCRITTO L'11 APRILE 1990 E IL 12 SETTEMBRE 1990.

PREAMBOLO

Area dell'attività specialistica extra-degenza

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, intesa quale fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, il Servizio Nazionale demanda all'area funzionale «dell'assistenza specialistica extra-degenza», il compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di integrazione con l'assistenza medica di base e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi.

In tale quadro, attraverso la instaurazione del rapporto convenzionale previsto dall'art. 48 della legge n. 833/78, gli specialisti di cui all'Accordo Nazionale Unico per la Medicina Specialistica Ambulatoriale, diventano parte attiva e qualificante del Servizio Sanitario, integrandosi nell'area con le altre categorie di erogatori ammesse ad operare presso le strutture pubbliche sulla base dell'art. 47 della soprarichiamata legge n. 833/78 per l'espletamento, secondo modalità di accesso ed erogative uniformi, di tutti gli interventi specialistici, diagnostico-terapeutici, preventivi e riabilitativi che non siano strettamente correlati al ricovero.

Allo scopo, le parti si danno reciprocamente atto che in questa fase risulta particolarmente importante intervenire su tutta l'area dell'assistenza specialistica extra-degenza, con provvedimenti volti a conseguire:

l'adeguamento quantitativo, qualitativo ed organizzativo della offerta ai reali bisogni dei cittadini;

una consistente politica di investimenti volta a completare, potenziare e qualificare le strutture pubbliche;

il coinvolgimento di ognuna delle categorie di operatori interessati favorendo l'allocazione presso il pubblico delle attività più complesse e di maggiore impegno.

Art. 1.

Campo di applicazione

1. Il presente Accordo regola, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78, il rapporto di lavoro convenzionale autonomo, coordinato e continuativo, che si instaura nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), tra le Unità Sanitarie Locali (UU.SS.LL.) e i medici specialisti, per la erogazione in forma diretta delle prestazioni specialistiche sia a scopo diagnostico che curativo, preventivo e di riabilitazione, meglio specificate nel preambolo.

2. Il rapporto con il S.S.N. è da intendersi unico a tutti gli effetti, anche se lo specialista svolge la propria attività in più posti di lavoro e/o in più UU.SS.LL.

3. Ai medici specialisti di cui al comma 1 è riconosciuta e garantita la piena autonomia professionale al di fuori di vincoli gerarchici.

4. Sono peraltro consentite all'interno dell'assistenza specialistica extra-degenza, forme di coordinamento funzionale della branca specialistica e del presidio, anche per esigenze connesse all'integrazione interprofessionale a livello di distretto e di dipartimento e per lo svolgimento dei programmi previsti dalla pianificazione regionale e locale.

5. Le UU.SS.LL., nell'ambito dei propri poteri e di quanto previsto dall'art. 9, comma 1, lett. *d*), della legge n. 595/85, devono avvalersi, per l'erogazione delle prestazioni di cui al comma 1, dei medici specialisti di cui al presente Accordo, garantendo il mantenimento del numero complessivo di ore di attività (monte ore globale indifferenziato) formalmente deliberate nell'ambito regionale alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente Accordo.

6. Le UU.SS.LL. garantiscono, comunque, la partecipazione della componente specialistica ambulatoriale (con le altre componenti) alla copertura delle espansioni di attività dell'area complessiva dell'assistenza specialistica, in relazione alle future esigenze, secondo regole e modalità ispirate ai criteri di programmazione sanitaria, da definirsi nelle competenti sedi istituzionali con la partecipazione della rappresentanza degli specialisti ambulatoriali.

7. I conseguenti provvedimenti che le UU.SS.LL. adottano per assicurare il rispetto delle garanzie di cui ai commi precedenti sono assunti entro 30 giorni su parere conforme del comitato di cui all'art. 14.

Art. 2.

Incompatibilità

1. Fermo restando quanto previsto dal punto 6 dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, non è conferibile l'incarico al medico che:

a) abbia un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;

b) svolga attività medico-generica in quanto medico di libera scelta a ciclo di fiducia iscritto negli elenchi previsti dall'accordo collettivo nazionale per i medici di medicina generale;

c) sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta e abbia concorso in una branca diversa dalla pediatria;

d) eserciti la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio sanitario nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche del presente Accordo;

e) operi a qualsiasi titolo nelle case di cura convenzionate con l'U.S.L.. L'incompatibilità non opera fino a quanto le UU.SS.LL. non abbiano provveduto a garantire mezzi idonei ad assicurare la continuità terapeutica nell'ambito delle strutture pubbliche;

f) svolga attività fiscali concomitanti per la stessa U.S.L.;

g) sia titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 292 dell'8 giugno 1987 e successive modificazioni;

h) sia titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal decreto del Presidente della Repubblica n. 119 del 23 marzo 1988 e successive modificazioni;

i) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile: di poliambulatorio, di laboratorio per analisi cliniche, di gabinetto di terapia fisica e fisiochinesiterapia, di gabinetto di radiologia, di gabinetto di medicina nucleare o radioterapia, convenzionati con il Servizio sanitario nazionale a mente del decreto del Presidente della Repubblica n. 120 del 23 marzo 1988 e successive modificazioni;

l) operi a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate con le UU.SS.LL. per l'esecuzione di prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, compresa la diagnostica radioimmunologica e la medicina nucleare, di terapia fisica e di fisiochinesiterapia, nonchè di ogni altra prestazione specialistica effettuata in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

2. Il verificarsi, nel corso dell'incarico, di una delle condizioni di incompatibilità di cui al comma 1 e della perdita di uno dei requisiti previsti dall'art. 8, ad eccezione del requisito di cui alla lettera *a)* del comma 5 del medesimo articolo, determina la revoca dell'incarico.

3. Il provvedimento di revoca dell'incarico è adottato dalla U.S.L., sentiti il comitato di cui all'art. 13 e lo specialista interessato.

4. Durante il periodo di prova, e limitatamente a tale periodo, nei confronti dello specialista è sospesa l'eventuale incompatibilità derivante da altre attività, a condizione che lo specialista medesimo non eserciti tali attività nel periodo in esame.

Art. 3.

Massimale orario e limitazioni

1. L'incarico ambulatoriale può essere conferito per un orario massimo settimanale non superiore a quello previsto per il personale a tempo pieno del contratto ex art. 47 della legge n. 833/78, ed è espletabile presso più posti di lavoro e/o più UU.SS.LL.

2. L'incarico può essere conferito fino a un massimo di 38 ore settimanali ai medici che fruiscono dell'indennità di disponibilità di cui all'art. 34.

3. L'attività per incarico ambulatoriale sommata ad altra attività compatibile svolta in base ad un rapporto di dipendenza o convenzionale, non può superare l'impegno orario settimanale previsto per il personale a tempo pieno in base al contratto collettivo ex art. 47 della legge n. 833/78.

4. Ai medici titolari di pensione a carico di Enti diversi dall'EMPAM l'incarico ambulatoriale è conferibile fino a un massimo di 18 ore settimanali.

5. Anche ai fini dell'applicazione delle norme regolanti il massimale orario di attività settimanale espletabile dallo specialista, l'assessore regionale alla sanità, o il suo delegato, quale presidente del comitato zonale di cui all'art. 13, con la collaborazione degli altri componenti il comitato, tiene e aggiorna un apposito schedario nel quale vengono registrati i nominativi di tutti gli specialisti, dell'orario di attività e delle modalità di svolgimento presso ciascuna U.S.L. e dell'anzianità dell'incarico ambulatoriale.

6. Di ogni mutamento del presidio sanitario cui lo specialista sia stato assegnato, del numero delle ore di attività, delle modalità di svolgimento dell'orario e del conferimento dei nuovi incarichi, le UU.SS.LL. daranno comunicazione entro dieci giorni all'assessore regionale alla sanità, o al suo delegato, quale presidente del comitato zonale di cui all'art. 13 e all'ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia, indicandone la decorrenza.

7. Il comitato di cui all'art. 13, qualora accerti situazioni di irregolarità, ha l'obbligo di informare le UU.SS.LL. interessate affinchè, sentito lo specialista, l'orario complessivo di attività ambulatoriale sia ricondotto alla misura massima prevista.

8. Il comitato di cui all'art. 13, qualora accerti situazioni non conformi alle norme, formula alle UU.SS.LL. interessate proposte idonee ad assicurare il rispetto del presente accordo.

Art. 4.

Mobilità

1. Al fine del migliore funzionamento del servizio può essere disposta, d'intesa tra le UU.SS.LL. competenti e in accordo con gli interessati su proposta del comitato di cui all'art. 13, la concentrazione dell'orario di attività degli specialisti presso una sola U.S.L., un solo posto di lavoro, prima di avviare le procedure per il conferimento degli incarichi disponibili stabilite dall'art. 11.

2. Per esigenze di carattere organizzativo e funzionale la U.S.L. può adottare provvedimenti di mobilità nell'ambito dello stesso Comune, sentito lo specialista interessato, nel rispetto dell'orario complessivo svolto e senza variazione delle modalità di accesso o frazionamento di turni.

3. Se il provvedimento comporta mobilità da un Comune all'altro della U.S.L., variazione nelle modalità di accesso o frazionamento di turni, esso deve essere adottato previo parere del Comitato di cui all'art. 13, ove manchi l'assenso dell'interessato, al fine di evidenziare anche la esistenza di eventuali impedimenti obiettivi, derivanti da attività svolte all'interno del S.S.N.

4. Nell'ipotesi di cui al comma 3 è ammessa opposizione al titolare del potere di rappresentanza della U.S.L. entro il termine perentorio di 15 giorni dal ricevimento della comunicazione.

5. L'opposizione ha effetto sospensivo e su di essa la U.S.L. deve pronunciarsi entro trenta giorni.

6. Qualora la U.S.L. non sia in grado di corrispondere alle esigenze anzidette attraverso i provvedimenti di mobilità interna previsti dai precedenti commi, può deliberare, sentito il Comitato Zonale di cui all'art. 13, di porre lo specialista in mobilità zonale, di norma per un numero di ore corrispondente all'intero incarico di cui lo stesso è titolare.

7. Contro il provvedimento l'interessato può interporre opposizione al titolare del potere di rappresentanza della U.S.L. entro il termine perentorio di 15 giorni dal ricevimento della comunicazione della decisione di cui al comma 6.

8. Il rigetto dell'opposizione, da comunicare anche al comitato di cui all'art. 13, pone lo specialista in mobilità zonale, senza peraltro comportare alcuna immediata modificazione del rapporto in essere con la U.S.L. di appartenenza.

9. Non è consentito l'avvio di procedure di mobilità zonale prima che siano trascorsi almeno 18 mesi dall'attribuzione dell'incarico.

10. Lo specialista posto in mobilità ha titolo preferenziale per il conferimento, nell'ambito zonale, di incarichi comunque disponibili, anche se in altra branca specialistica, a condizione che sia in possesso del titolo richiesto per l'accesso alla relativa graduatoria.

11. La mancata accettazione della nuova sede di servizio, individuata con le procedure di cui ai commi precedenti, comporta la decadenza dall'incarico.

12. Nel caso di non agibilità temporanea della struttura, l'U.S.L. assicura l'impiego temporaneo dello specialista in altra struttura idonea senza danno economico per l'interessato.

Art. 5.

Riduzione o soppressione dell'orario - Revoca dell'incarico

1. L'U.S.L. sentito obbligatoriamente il Comitato di cui all'art. 13, può disporre la riduzione e la soppressione dell'orario di attività di uno specialista in caso di

persistente contrazione del numero delle prestazioni, documentate attraverso le richieste di prenotazione e le statistiche rilevate nell'arco di un anno.

2. Per la riduzione o soppressione di orario previste al comma 1 la U.S.L., non adotta il provvedimento qualora:

a) abbia dovuto avvalersi per la branca interessata di specialisti o strutture specialistiche convenzionati ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 119/88 o del decreto del Presidente della Repubblica n. 120/88 e successive modificazioni in misura superiore all'anno precedente;

b) non sia stata comunque assicurata la continua presenza del personale tecnico ed infermieristico necessario al buon funzionamento dei singoli servizi specialistici;

c) non siano stati dotati i gabinetti o i servizi specialistici di efficienti ed adeguate attrezzature;

d) la persistente contrazione delle prestazioni non sia dipendente dal comportamento professionale dello specialista.

3. Allo specialista oggetto di provvedimento di riduzione dell'orario ai sensi del comma 1 possono essere applicate le misure di mobilità previste dal precedente art. 4.

4. L'eventuale provvedimento di riduzione o di revoca, di cui al comma 1, da adottarsi da parte della U.S.L. su obbligatorio parere del Comitato di cui all'art. 13 e sentito l'interessato, ha comunque effetto non prima di 45 giorni dalla comunicazione.

5. Contro i provvedimenti di riduzione o di soppressione dell'orario di attività e/o di revoca dell'incarico è ammessa da parte dell'interessato opposizione al titolare del potere di rappresentanza dell'U.S.L. entro il termine perentorio di giorni 15 dal ricevimento della comunicazione scritta.

6. L'opposizione ha effetto sospensivo del provvedimento.

7. Il titolare del potere di rappresentanza della U.S.L. decide sull'opposizione sentito l'interessato e previo parere del Comitato di cui all'art. 13 da esprimersi entro 30 giorni dalla richiesta.

8. Il Comitato di cui all'art. 13, nel caso ritenga trattarsi di motivi di ordine disciplinare, può proporre che il caso sia deferito alla Commissione di disciplina per i conseguenti provvedimenti.

9. È in facoltà dell'U.S.L. adottare provvedimento di mobilità nell'ipotesi di riduzione o soppressione dell'orario di attività ai sensi del presente articolo.

Art. 6.

Cessazione dall'incarico

1. L'incarico può cessare per rinuncia dello specialista o per revoca della U.S.L. ai sensi dell'art. 5, da comunicare a mezzo di raccomandata A.R.

2. La cessazione e/o revoca ha effetto dal primo giorno del secondo mese successivo alla data di ricezione della lettera di comunicazione.

3. Su specifica richiesta dello specialista, l'U.S.L., valutate insindacabilmente le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti.

4. La revoca dell'incarico ha effetto immediato nei seguenti casi:

a) cancellazione o radiazione dall'Albo professionale;

b) sopravvenuta, accertata e notificata incompatibilità ai sensi del precedente art. 2;

c) condanna passata in giudicato per qualsiasi delitto non colposo punito con la reclusione;

d) aver compiuto il periodo massimo di conservazione del posto previsto dal successivo art. 7 in caso di malattia;

e) aver compiuto il 65° anno di età;

f) incapacità psico-fisica sopravvenuta, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato e da un medico designato dalla U.S.L. e presieduta dal titolare della cattedra di medicina legale della facoltà di medicina della città capoluogo della Regione o di Regione limitrofa;

g) provvedimento adottato ai sensi dell'art. 16.

Art. 7.

Sospensione dall'incarico

1. L'incarico ambulatoriale è sospeso in caso di:

a) sospensione dall'albo professionale;

b) provvedimento adottato ai sensi dell'art. 16;

c) emissione di mandato o ordine di cattura.

2. Nel caso previsto dal comma 1, lett. *c*), la riammissione in servizio è sempre subordinata al parere della commissione di cui all'art. 16.

Art. 8.

Graduatorie - Domande - Requisiti

1. Lo specialista qualora aspiri a svolgere la propria attività professionale nell'ambito delle strutture del Servizio Sanitario, deve inoltrare, entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno a mezzo raccomandata A.R., apposita domanda redatta sul modello conforme all'allegato *B* all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della/e provincia/e nelle cui UU.SS.LL. lo specialista stesso aspiri ad ottenere l'incarico.

2. Qualora la U.S.L. comprenda Comuni di più Province la domanda deve essere inoltrata all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia in cui insiste la sede legale dell'U.S.L.

3. La domanda deve essere corredata del foglio notizie (Allegato *B*) compilato in ogni sua parte dall'aspirante all'incarico specialistico, nonchè della documentazione atta a provare il possesso dei titoli professionali elencati nel foglio stesso.

4. La domanda e la documentazione allegata devono essere in regola con le norme vigenti in materia di imposta di bollo.

5. Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di incarico specialistico, pena la nullità della domanda stessa e di ogni altro provvedimento conseguente, l'aspirante deve possedere i seguenti requisiti:

a) non avere superato il 40° anno di età. Tale limite di età non opera per coloro che siano già titolari di incarico ai sensi del presente accordo;

b) essere iscritto all'Albo professionale; al certificato di iscrizione all'albo deve essere allegata una dichiarazione dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di appartenenza concernente gli eventuali provvedimenti disciplinari a carico del medico, disposti dalle Commissioni di disciplina previste dall'attuale o dai precedenti accordi. La dichiarazione deve essere allegata ancorchè negativa;

c) possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie delle branche specialistiche previste nell'allegato *A*; il titolo è rappresentato dal diploma di specializzazione o dall'attestato di conseguita libera docenza in una delle branche principali della specialità, come indicato nell'allegato *A*, il cui possesso è attestato dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri; per la branca di odontostomatologia è titolo valido per l'inclusione in graduatoria anche l'iscrizione all'Albo professionale degli odontoiatri di cui alla legge n. 409/85.

6. La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve essere corredata della documentazione probatoria dei titoli professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'allegato *A*.

7. Per quanto attiene ai titoli accademici fa fede la dichiarazione relativa dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di appartenenza, in calce al foglio notizie.

8. L'Assessore regionale alla sanità o il suo delegato, nella qualità di presidente del Comitato di cui all'art. 13, ricevute dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri le domande di cui all'art. 8 con le relative documentazioni entro il 15 febbraio di ciascun anno, provvede su conforme parere del comitato stesso entro il 15 giugno alla formazione per ciascuna branca specialistica e con validità annuale di una graduatoria per titoli, da valutare secondo i criteri di cui all'allegato *A*, parte seconda.

9. L'Assessore regionale alla sanità o il suo delegato, nella qualità di presidente del Comitato di cui all'art. 13, provvede alla pubblicazione delle graduatorie mediante affissione in apposito albo presso l'Ordine dei Medici e presso l'U.S.L. ove ha sede il Comitato zonale per la durata di 15 giorni.

10. Entro 15 giorni successivi all'ultimo giorno di pubblicazione gli interessati possono inoltrare mediante raccomandata A.R. istanza motivata di riesame all'Assessore regionale alla sanità o al suo delegato, nella qualità di presidente del Comitato di cui all'art. 13, il quale procede al riesame delle graduatorie, su conforme parere del Comitato medesimo e le approva provvedendo alla loro pubblicazione entro 30 giorni successivi alla scadenza del termine predetto.

11. Le graduatorie definitive, approvate dall'Assessore alla Sanità, sono pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione entro il 15 dicembre di ciascun anno.

12. La pubblicazione costituisce notificazione ufficiale agli interessati e alle UU.SS.LL.

13. L'Assessore regionale alla Sanità cura l'immediato invio del Bollettino Ufficiale agli Ordini provinciali dei Medici e degli Odontoiatri e alle UU.SS.LL. sedi dei Comitati di cui all'art. 13.

14. Le graduatorie hanno effetto dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla data di presentazione della domanda.

Art. 9.

Conferimento di primo incarico

1. L'Assessore regionale alla sanità o il suo delegato, nella qualità di presidente del Comitato di cui all'art. 13, qualora il turno disponibile non sia stato assegnato a medico già incaricato secondo la procedura prevista dall'art. 11, interpella i medici secondo l'ordine della graduatoria ai fini del conferimento dell'incarico e, ricevuta la dichiarazione di disponibilità da parte dell'avente titolo, comunica il suo nominativo alla U.S.L. di destinazione che provvede entro 30 giorni al conferimento dell'incarico a tempo determinato per la durata di mesi 3.

2. Lo specialista al quale l'incarico sia conferito secondo graduatoria e che sia residente in località non compresa nell'ambito zonale cui la graduatoria è riferita, è tenuto a trasferire la residenza nel Comune in cui è ubicato il presidio presso il quale l'incarico deve essere svolto e pertanto al medesimo, in relazione a tale incarico, non compete il rimborso delle spese di accesso di cui al successivo art. 37.

3. Ai medici già in servizio e a quelli di nuova nomina non possono essere conferiti incarichi in branche diverse.

4. Allo specialista durante il periodo di prova compete lo stesso trattamento previsto per lo specialista confermato nell'incarico.

5. Il conferimento dell'incarico è effettuato dalla U.S.L. mediante lettera raccomandata A.R. in duplice esemplare, dei quali uno deve essere restituito dallo specialista interessato con la dichiarazione di accettazione delle presenti norme nonché dell'orario, dei giorni e dei luoghi stabiliti per l'esecuzione delle prestazioni professionali.

6. La mancata restituzione, entro 20 giorni dalla data di ricezione risultante dall'avviso di ricevimento, della copia della lettera di incarico sottoscritta per accettazione, equivale a rinuncia all'incarico stesso.

7. Allo scadere del terzo mese, ove da parte della U.S.L. a mezzo raccomandata A.R., non venga notificata allo specialista la mancata conferma, l'incarico si intende conferito a tempo indeterminato.

8. Contro il provvedimento di mancata conferma, entro il termine perentorio di giorni 10 dalla data di ricezione della comunicazione, l'interessato può proporre istanza

di riesame al titolare del potere di rappresentanza della U.S.L. che, su parere del Comitato di cui all'art. 13, decide in via definitiva entro i 30 giorni successivi al ricevimento dell'istanza.

9. Ove sussista carenza di specialisti inclusi nelle graduatorie, l'incarico è conferito in base alle graduatorie degli altri ambiti zonali confinanti e successivamente anche non confinanti, a condizione che lo specialista incaricato trasferisca la residenza anagrafica nel Comune sede del presidio della U.S.L.

10. Le modifiche dell'orario indicato nella lettera di incarico, a parità di numero di ore, sono possibili solo trascorsi sei mesi dal conferimento.

Art. 10.

Provvedimenti per la copertura dei turni vacanti

1. I provvedimenti adottati dalle UU.SS.LL. per l'attivazione di nuovi turni, per l'ampliamento di quelli in atto e per la copertura di turni vacanti, vengono comunicati entro trenta giorni all'Assessore regionale alla Sanità o al suo delegato quale presidente del Comitato di cui all'art. 13, il quale provvede alla loro pubblicazione in apposito albo nel periodo dal 15 al 30 di ogni trimestre, con cadenza a marzo, giugno, settembre e dicembre.

2. La comunicazione dei turni disponibili può contenere eventuali specificazioni circa il possesso di particolari capacità professionali che si richiedono allo specialista, al quale deve essere attribuito l'incarico o l'aumento di orario. In tali casi la scelta dello specialista, nel rispetto delle procedure di cui all'art. 11, avviene sulla base della preventiva verifica del possesso delle specifiche capacità richieste da parte di apposita commissione di esperti del settore composta di due specialisti delegati dalla U.S.L. e due specialisti designati da membri di parte medica del Comitato consultivo zonale di cui all'art. 13.

3. I sindacati firmatari del presente accordo provvedono a tenere in visione per gli interessati presso le proprie sedi i turni disponibili.

4. Gli specialisti aspiranti all'incarico, entro il 15° giorno del mese successivo a quello della pubblicazione, devono comunicare con lettera raccomandata, la propria disponibilità all'Assessore regionale alla sanità o al suo delegato, nella qualità di presidente del Comitato di cui all'art. 13, il quale su proposta del Comitato stesso individua, entro 15 giorni successivi alla scadenza del termine predetto sulla base delle disponibilità pervenute, l'avente diritto secondo l'ordine di priorità di cui all'art. 11.

Art. 11.

Attribuzione dei turni disponibili

1. Premesso che lo specialista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente accordo in una sola branca e all'interno di uno o più ambiti zonali limitrofi anche se appartenenti a province diverse confinanti della stessa Regione e che le ore di attività che risultano vacanti a qualsiasi titolo sono ricoperte o attraverso conferimento di incarico nella stessa branca o attraverso riconversione in branche diverse, per l'attribuzione dei turni comunque disponibili (aumenti di orario, turni vacanti, turni di nuova istituzione) l'avente diritto, salvo quanto disposto dall'art. 16, comma 11, lettere *a*), *b*) e *c*), è individuato attraverso il seguente ordine di priorità:

a) specialista che nella specialità esercitata svolga, nell'ambito zonale, esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente accordo, documentata dal foglio notizie; medico generico ambulatoriale, di cui alla «norma finale n. 1b» in servizio alla data di entrata in vigore del presente accordo, che faccia richiesta all'assessore regionale alla sanità o al suo delegato quale presidente del Comitato di cui all'art. 13 di ottenere un incarico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio;

b) specialista che svolga esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente accordo (documentata dal foglio notizie) in diverso ambito zonale limitrofo, anche se appartenente ad altra provincia confinante della stessa Regione. Relativamente all'attività svolta come aumento di orario ai sensi della presente lett. *b)*, allo specialista non compete il rimborso delle spese di accesso di cui all'art. 37;

c) specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale, il quale richieda di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

d) specialista che svolga altra attività con rapporto convenzionale o sia titolare di un rapporto di dipendenza, il quale si sia dichiarato disponibile a svolgere esclusivamente attività ambulatoriale e a rinunciare al rapporto convenzionale o a quello di dipendenza ed in quest'ultimo caso non divenga titolare di diritto a pensione diretta in seguito alla rinuncia;

e) medico titolare di incarico in via esclusiva a tempo indeterminato ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 504 del 17 settembre 1987 e successive modificazioni in servizio alla data di entrata in vigore del presente accordo, che faccia richiesta all'Assessore regionale alla sanità o al suo delegato quale presidente del Comitato di cui all'art. 13 per ottenere un incarico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione. È consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come medico dei servizi;

f) specialista titolare di incarico in altro ambito territoriale zonale, definito ai sensi dell'art. 13, che faccia richiesta all'Assessore regionale alla sanità o al suo delegato quale presidente del Comitato di cui all'art. 13 di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la

disponibilità. Tale specialista, ove riceva l'incarico, deve trasferire la propria residenza nel Comune nel cui ambito è sito il presidio ambulatoriale;

g) specialista titolare di incarico che esercita esclusivamente attività ambulatoriale e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

h) specialista in atto titolare d'incarico nello stesso ambito zonale, che per lo svolgimento di altre attività sia soggetto alle limitazioni di orario di cui all'art. 3;

i) specialista titolare di pensione che non abbia raggiunto il massimale orario di cui all'art. 3, comma 4.

2. Ai fini delle procedure di cui al comma 1, per ogni singola lettera da *a)* ad *i)*, l'anzianità di servizio ambulatoriale o di attività riconosciuta equivalente in virtù di precedenti accordi costituisce titolo di precedenza a parità di condizione; in caso di pari anzianità di servizio è data precedenza all'anzianità di specializzazione.

3. In ogni caso, allo specialista disponibile ad assumere l'incarico ai sensi del comma 1 non è consentito il trasferimento qualora non abbia maturato un'anzianità di servizio di almeno 18 mesi nell'incarico in atto alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità.

4. Lo specialista in posizione di priorità viene invitato dall'Assessore regionale alla sanità o dal suo delegato, quale presidente del Comitato di cui all'art. 13, a compilare dichiarazione di disponibilità al conferimento dell'incarico, da inoltrare entro 20 giorni alla U.S.L., per la formalizzazione dell'incarico, che dovrà avvenire entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della dichiarazione.

5. Esperita inutilmente la procedura innanzi prevista, l'incarico viene conferito allo specialista individuato dall'Assessore regionale alla sanità o dal suo delegato, quale presidente del Comitato di cui all'art. 13, secondo l'ordine della graduatoria riferita all'anno in cui avviene la pubblicazione della disponibilità dell'incarico.

6. In deroga alle priorità ed alle procedure di cui ai commi che precedono, ove presso un presidio e per una determinata branca specialistica si verifichi un incremento delle richieste di prestazioni, la U.S.L., sentiti i sindacati firmatari del presente accordo, ha la facoltà di attribuire aumenti di orario ad uno o più specialisti che prestano servizio nel presidio e nella branca, sempreché il sanitario interessato al provvedimento svolga in via esclusiva attività professionale ai sensi del presente accordo.

7. La U.S.L. deve notificare al Comitato zonale entro 15 giorni dal provvedimento il nominativo del sanitario cui è stato incrementato l'orario e la consistenza numerica dell'orario aumentato, la quale costituisce aumento del monte ore globale regionale di cui al comma 5 dell'art. 1.

8. In attesa del conferimento dell'incarico secondo le procedure suindicate la U.S.L. può conferire incarichi provvisori secondo l'ordine della graduatoria con priorità per i medici non titolari di altro incarico e non in posizione di incompatibilità.

9. L'incarico provvisorio non può avere durata superiore a tre mesi e cessa in ogni caso con la nomina del titolare.

10. Allo specialista incaricato in via provvisoria spetta lo stesso trattamento previsto dall'art. 32 per i sostituti non titolari di altro incarico.

Art. 12.

Copertura degli incarichi in situazioni di carenza

1. Qualora, dopo aver esperito le procedure di cui all'art. 11, risulti impossibile procedere alla copertura dei turni vacanti, dei turni di nuova istituzione o dei turni comunque disponibili per mancanza di specialisti disposti ad accettare l'incarico, l'U.S.L. può assegnare l'incarico ad un sanitario comunque disponibile, purchè sia in possesso di titolo idoneo ai sensi dell'allegato *A*, non abbia superato il limite di età di 65 anni e non versi in posizione di incompatibilità, dandone comunicazione all'Assessore regionale alla sanità o al suo delegato, nella qualità di presidente del Comitato di cui all'art. 13.

2. L'incarico si intende attribuito per un periodo di tre mesi, al termine dei quali viene rinnovata la procedura prevista dall'art. 11 e successivamente quella prevista dal comma 1. Nel caso che l'incarico sia nuovamente conferito allo stesso specialista, esso deve essere inteso come nuovo incarico conferito a titolo precario.

3. Al medico incaricato ai sensi dei commi 1 e 2 oltre al trattamento tabellare, vengono corrisposti soltanto l'indennità di rischio, le quote di caro-vita e il rimborso delle spese di accesso, se dovuti ai sensi del presente Accordo.

Art. 13.

Comitato consultivo zonale

1. In ogni ambito territoriale, comprensivo di una o più UU.SS.LL., definito con provvedimento della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla sanità, d'intesa con i Sindacati firmatari del presente Accordo e con l'ANCI regionale, è costituito un Comitato consultivo zonale.

2. Detto provvedimento indica l'U.S.L. presso la quale il Comitato ha sede, sentiti i Sindacati firmatari del presente Accordo, d'intesa con le UU.SS.LL. interessate.

3. L'U.S.L. sede del Comitato zonale, d'intesa con l'Assessore alla sanità della Regione e sentite le altre UU.SS.LL. interessate nonché i Sindacati firmatari del presente accordo, è tenuta ad assicurare i mezzi finanziari, i locali ed il personale assegnato per livelli funzionali a tale attività, facente parte della sua struttura amministrativa, per lo svolgimento dei compiti del Comitato e per consentire al segretario l'espletamento di tutte le funzioni attribuite al Comitato stesso.

4. Il Comitato è composto da:

a) l'Assessore regionale alla sanità, o da un suo delegato, che ne assuma la presidenza;

b) tre rappresentanti tecnici delle UU.SS.LL., designati dall'A.N.C.I. e dall'U.N.C.E.M. regionali. In mancanza di designazione da parte di A.N.CI. e U.N.C.E.M. entro 90 giorni provvede l'Assessore regionale alla sanità, sentite le UU.SS.LL. interessate;

c) quattro rappresentanti dei medici specialisti ambulatoriali di cui al presente Accordo; tali rappresentanti sono eletti tra i medici specialisti ambulatoriali operanti nell'ambito territoriale, come precisato al comma 1 del presente articolo, con il sistema previsto per le elezioni dei Consigli direttivi degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, escluso il quorum ai fini della validità delle elezioni.

5. Le elezioni dei rappresentanti degli specialisti sono svolte a cura dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, avvalendosi della collaborazione dei Sindacati firmatari che ne assumono anche l'onere economico.

6. Oltre ai titolari, saranno rispettivamente nominati ed eletti, con le stesse modalità, altrettanti membri supplenti i quali subentreranno in caso di assenza di uno o più titolari.

7. Il Comitato è costituito con provvedimento della giunta regionale, promosso dall'Assessore regionale alla sanità, che procede alla nomina dei componenti.

8. Il Comitato svolge i seguenti compiti:

a) formazione delle graduatorie;

b) gestione unitaria del rapporto relativamente agli Specialisti che operano presso più UU.SS.LL. dello stesso ambito zonale, nonchè tenuta ed aggiornamento di un apposito schedario dei singoli specialisti incaricati presso le singole UU.SS.LL. con l'indicazione dei giorni e dell'orario di attività in ciascun presidio, delle date di conseguimento dell'incarico e degli incrementi orari, delle attività rilevanti ai fini della determinazione dei massimali orari di cui all'art. 3, del sopravvenire di motivi di incompatibilità di cui all'art. 2, della certificaziane dello stato di servizio dei sanitari, nonché di ogni altra attività prevista dal presente accordo;

c) indicazione, alla U.S.L. che deve conferire l'incarico, del nominativo dello specialista avente diritto all'aumento di orario, a ricoprire il turno vacante o quello di nuova istituzione;

d) evidenziazione ed aggiornamento delle posizioni degli specialisti sia incaricati che in graduatoria ai fini:

dell'accertamento, sulla scorta dei fogli-notizie compilati annualmente dagli interessati, delle incompatibilità e delle limitazioni previste dalle vigenti norme, nonchè dal possesso dei titoli e requisiti previsti dalle stesse; verifica della certificazione di non incompatibilità con gli orari di servizio rilasciata dalle istituzioni pubbliche e private, presso cui il sanitario presta servizio in qualità di dipendente o di convenzionato, al momento in cui nei confronti del sanitario stesso deve essere conferito un nuovo incarico o deve essere dato un aumento di orario di attività dell'incarico in atto svolto;

della formulazione alle UU.SS.LL., sulla base delle domande ricevute delle proposte di trasferimento o accentramento dell'incarico in una sede più vicina alla residenza dello specialista anche nell'ambito dello stesso Comune;

e) invio, entro la data del 15 gennaio di ciascun anno, dei fogli informativi annuali da compilarsi da parte degli specialisti incaricati;

f) procedure di cui agli artt. 4 e 5 del presente Accordo.

9. Il Comitato tratta, altresì, le sottoelencate materie in merito alle quali svolge funzioni consultive in favore dell'Assessore regionale alla sanità e/o delle singole UU.SS.LL. ed in particolare:

a) l'organizzazione del lavoro e le proposte per la sua attuazione ai fini del miglioramento dei servizi specialistici extradegenza;

b) l'individuazione del fabbisogno del personale tecnico ed infermieristico da assegnare a ciascuna struttura specialistica extra-ospedaliera;

c) l'individuazione quantitativa delle esigenze di prestazioni specialistiche di ciascuna branca e criteri attuativi degli orari di servizio per singola branca;

d) l'individuazione del tipo del fabbisogno di apparecchiature e strumentari per l'adeguamento alle reali esigenze dei cittadini;

e) le proposte in ordine ai processi di innovazioni tecnologiche;

f) la verifica delle applicazioni delle misure di igiene, di prevenzione, e di sicurezza nei luoghi di lavoro;

g) l'attuazione dei programmi e dei corsi di aggiornamento professionale;

h) tutte le altre materie specificatamente e/o tassativamente indicate nel presente Accordo.

10. Il Comitato qualora a richiesta di una delle parti debba trattare specifici aspetti riguardanti una singola U.S.L. è integrato dal titolare del potere di rappresentanza della U.S.L. interessata o da un suo delegato e da uno specialista titolare d'incarico designato dai componenti di parte medica membri del Comitato zonale.

11. Il Comitato si riunisce periodicamente almeno una volta al mese e in tutti i casi di richiesta di una delle parti.

12. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario o dirigente amministrativo indicato dalla U.S.L. sede del Comitato. Il segretario risponde degli atti inerenti alle sue funzioni al presidente del Comitato.

Art. 14.

Comitato Consultivo Regionale

1. In ciascuna delle Regioni è istituito, con provvedimento dell'Amministrazione regionale, un Comitato Consultivo composto da:

l'Assessore regionale alla sanità o un suo delegato che ne assuma la presidenza;

tre membri rappresentanti delle UU.SS.LL. su designazione dell'ANCI regionale;

quattro rappresentanti degli specialisti ambulatoriali di cui al presente Accordo; tali rappresentanti sono eletti tra i medici specialisti ambulatoriali operanti nell'ambito regionale con il sistema previsto per la elezione dei Consigli direttivi dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, escluso il quorum ai fini della validità delle elezioni.

2. Le elezioni dei rappresentanti degli specialisti sono svolte a cura dell'Ordine capoluogo regionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, avvalendosi della collaborazione dei Sindacati firmatari, che ne assumono anche l'onere economico.

3. Oltre ai titolari saranno rispettivamente nominati e eletti con le stesse modalità altrettanti membri supplenti i quali subentreranno in caso di assenza di uno o più titolari.

4. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario o dirigente amministrativo indicato dalla Regione.

5. La sede del Comitato è indicata dall'Amministrazione regionale.

6. La Regione destina i mezzi, i locali ed il personale necessario per lo svolgimento dei compiti gravanti sull'Assessore regionale alla sanità, o suo delegato, quale presidente del Comitato regionale e per consentire al Comitato stesso l'espletamento di tutti i compiti e le funzioni attribuitigli dal presente Accordo. L'Assessore regionale alla sanità, o il suo delegato, quale presidente del Comitato regionale dispone per l'attivazione di apposito protocollo di ricevimento e spedizione della corrispondenza con i medici, con le UU.SS.LL. e con i Comitati zonali.

7. Il Comitato formula proposte ed esprime pareri in ordine ai provvedimenti di competenza regionale, ed in particolare in merito alle seguenti materie:

a) la corretta ed uniforme interpretazione delle norme del presente Accordo nazionale unico e la rapida applicazione delle stesse;

b) l'organizzazione del lavoro e le proposte per la sua attuazione ai fini del miglioramento dei servizi sanitari pubblici specialistici extra-degenza;

c) l'individuazione del fabbisogno di ore di incarico necessario alle strutture pubbliche specialistiche extra-degenza nella salvaguardia del monte ore regionale e la verifica delle future esigenze conseguenti alle espansioni di attività dell'assistenza specialistica;

d) l'attuazione di criteri in base ai quali definire il fabbisogno del personale tecnico ed infermieristico da assegnare al complesso delle strutture pubbliche ospedaliere ed extra-degenza quale quota parte dell'unitaria pianta organica della U.S.L. cui fa capo ciascuna struttura;

e) le proposte in ordine all'adeguamento ed ammodernamento tecnologico e delle attrezzature strumentali;

f) le condizioni ambientali, la qualità del lavoro ed i carichi di lavoro;

g) i programmi volti ad incrementare la produttività del lavoro;

h) la individuazione dei programmi di aggiornamento professionale degli specialisti ambulatoriali ed il relativo finanziamento;

i) tutte le altre materie specificatamente e/o tassativamente indicate nel presente Accordo.

8. Il Comitato si riunisce almeno una volta al mese e in tutti i casi di richiesta di una delle parti.

Art. 15.

Funzionamento dei Comitati di cui agli articoli 13 e 14

1. I Comitati di cui agli articoli 13 e 14 sono validamente riuniti qualunque sia il numero dei componenti presenti e deliberano a maggioranza.

2. In caso di parità, prevale il voto del presidente.

3. I pareri di competenza dei Comitati, che sono vincolanti nei casi espressamente previsti dalle norme, sono in ogni caso obbligatori e devono essere resi entro trenta giorni dalla richiesta, salvo che non sia stabilito un termine diverso. Scaduto inutilmente tale termine, i provvedimenti sono adottati anche in mancanza di parere.

Art. 16.

Commissione regionale di disciplina

1. È istituita, con provvedimento dell'Amministrazione regionale su proposta dell'Assessore alla sanità, una commissione regionale di disciplina composta da:

a) tre membri medici e un esperto in rappresentanza delle UU.SS.LL. designati dall'ANCI e dall'UNCEM regionali. In mancanza di designazione da parte di ANCI e UNCEM entro 90 giorni provvede l'Assessore regionale alla sanità, sentite le UU.SS.LL. interessate;

b) un membro medico in rappresentanza della U.S.L. che ha proceduto al deferimento;

c) un esperto nominato dall'Ordine capoluogo regionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri su designazione dei Sindacati firmatari del presente Accordo;

d) quattro rappresentanti degli specialisti ambulatoriali di cui al presente Accordo. Tali rappresentanti sono eletti tra i medici specialisti ambulatoriali operanti nell'ambito regionale con il sistema previsto per l'elezione dei Consigli direttivi degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri escluso il quorum ai fini della validità delle elezioni.

2. Le elezioni dei rappresentanti degli specialisti sono svolte a cura dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri del capoluogo regionale, avvalendosi della collaborazione dei Sindacati firmatari che ne assumono anche l'onere economico.

3. La presidenza è assunta da uno dei membri medici di designazione sindacale.

4. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario indicato dall'Amministrazione regionale.

5. La Commissione ha sede presso l'Assessorato regionale alla sanità che ne assume gli oneri di funzionamento.

6. La Commissione disciplinare è competente ad esaminare i casi dei medici deferiti per infrazione degli obblighi o dei doveri di comportamento professionale derivanti dall'Accordo, iniziando la procedura entro 30 giorni dal deferimento e ad adottare le conseguenti decisioni.

7. Al medico deferito sono contestati per iscritto gli addebiti ed è garantita la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro 20 giorni dalla data della contestazione e di essere sentito di persona ove lo richieda.

8. La Commissione è validamente riunita se è presente la maggioranza dei suoi componenti; le deliberazioni sono valide se adottate dalla maggioranza dei presenti.

9. In caso di parità di voti prevale il voto del presidente.

10. Gli esperti partecipano alle sedute della Commissione senza diritto di voto.

11. La Commissione propone alla U.S.L. con atto motivato l'adozione di uno dei provvedimenti che seguono:

a) *Richiamo*:

per trasgressione ed inosservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente Accordo. Il richiamo comporta la sospensione per un turno dalla possibilità di avvalersi della prelazione di cui all'art. 11.

b) *Diffida*:

per violazione dei doveri di comportamento professionale derivanti dall'Accordo. La diffida comporta la sospensione per quattro turni dalla possibilità di avvalersi della prelazione di cui all'art. 11.

c) *Sospensione del rapporto per durata non superiore a due anni*:

per recidiva per inadempienza già oggetto di richiamo o di diffida;

per gravi infrazioni finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali;

per mancata effettuazione della prestazione richiesta ed oggettivamente eseguibile nell'ambito della struttura pubblica;

per omissione di segnalazione del sussistere di circostanze comportanti incompatibilità, ai sensi dell'art. 2 dell'Accordo.

Il provvedimento comporta la sospensione della possibilità di avvalersi della prelazione di cui all'art. 11 per tutta la durata della sospensione e comunque per un periodo non inferiore a quattro turni.

d) *Revoca*:

per recidiva specifica di infrazioni che hanno già portato alla sospensione del rapporto;

per instaurazione di procedimento penale per infrazioni, configurantisi come reati, per le quali la U.S.L. abbia accertato gravissime responsabilità.

12. La deliberazione è comunicata, a cura del presidente e per mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento, alla U.S.L. che ha proceduto al deferimento, per l'adozione del provvedimento, da notificare all'interessato e da comunicare all'Ordine dei Medici e degli odontoiatri di competenza e all'Assessore regionale alla sanità o suo delegato, quale presidente del Comitato ex art. 13, che ne darà notizia alle altre UU.SS.LL. cointeressate per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

Art. 17.

Doveri e compiti dello specialista

1. Lo specialista che presta la propria attività per la U.S.L. deve:

a) attenersi alle disposizioni che la U.S.L. emana per il buon funzionamento dei presidi ed il perseguimento dei fini istituzionali;

b) attenersi alle disposizioni contenute nel presente Accordo;

c) redigere e trasmettere all'Assessore regionale alla Sanità o al suo delegato, quale presidente del Comitato di cui all'art. 13 entro il 15 febbraio di ciascun anno il foglio notizie di cui all'allegato *B*;

d) osservare l'orario di attività indicato nella lettera di incarico.

2. Le UU.SS.LL. provvedono al controllo dell'osservanza dell'orario con gli stessi sistemi di rilevazione della presenza in servizio adottati per i medici dipendenti.

3. A seguito dell'inosservanza dell'orario sono in ogni caso effettuate delle trattenute mensili sulle competenze dello specialista inadempiente, previa rilevazione contabile, sulla documentazione in possesso della U.S.L. delle ore di lavoro non effettuate.

4. Poichè l'inosservanza dell'orario è fonte di disservizio, ripetute e non occasionali infrazioni in materia devono essere contestate per iscritto allo specialista da parte della U.S.L.; in caso di recidiva o persistenza la U.S.L. deferisce lo specialista alla Commissione di cui all'art. 16 per i provvedimenti disciplinari.

5. Il mancato invio del foglio notizie o infedeli dichiarazioni costituiscono motivo di deferimento dello specialista alla Commissione di cui all'art. 16 per i provvedimenti di competenza, anche per iniziativa del Comitato zonale.

6. Gli specialisti già in servizio, nel prendere visione presso il luogo di lavoro del presente Accordo, rilasciano esplicita dichiarazione di accettazione dell'Accordo stesso.

7. Il rifiuto di lasciare la suddetta dichiarazione comporta l'automatica decadenza dall'incarico.

8. Lo specialista che presta la propria attività per la U.S.L. deve inoltre assolvere ai seguenti compiti:

a) assicurare il consulto con il medico di base, previa autorizzazione della U.S.L.;

b) assicurare il consulto specialistico interdisciplinare;

c) rispondere ai quesiti clinici compilando il referto specialistico da inviare al richiedente in busta chiusa;

d) utilizzare i referti degli accertamenti diagnostici effettuati in altri presidi sanitari, compatibilmente con le condizioni cliniche in atto del soggetto, evitando la duplicazione inutile e non necessaria delle prestazioni sanitarie;

e) compilare le proposte motivate di ricovero corredandole degli accertamenti eseguiti o in possesso del paziente;

f) adeguarsi alle disposizioni della U.S.L. in tema di interventi sanitari di preospedalizzazione e di dimissione protetta;

g) prescrivere direttamente accertamenti strumentali e non, di carattere specialistico evidenziando il dubbio o quesito diagnostico, nonchè fornire ogni altro dato utile a qualificare l'indagine e abbreviare il tempo di diagnosi;

h) usare le attrezzature diagnostiche e terapeutiche fornite dalla U.S.L. comunicando al responsabile del Servizio eventuali avarie;

i) partecipare alle attività di rilevamento epidemiologico con fini preventivi per la preparazione, lo studio e la programmazione delle indagini statistico-sanitarie;

l) informare il medico di base del risultato diagnostico raggiunto, suggerendo eventualmente la terapia;

m) assumere in cura il paziente su proposta del medico curante ovvero direttamente nei casi in cui lo ritenga necessario, dandone motivata comunicazione al curante;

n) redigere, a richiesta degli interessati, certificati prognostici in dipendenza di malattia di propria competenza specialistica diagnosticata nel presidio, ovvero i certificati attestanti la frequenza del presidio specialistico ai fini sanitari;

o) collaborare alle attività di farmacovigilanza pubblica;

p) partecipare alle attività connesse alla realizzazione di progetti-obiettivo e delle azioni programmate;

q) partecipare alla correlazione con i settori della sanità pubblica specie per quanto concerne gli obiettivi di preospedalizzazione e di dimissione protetta.

9. Nell'attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione il medico specialista è tenuto alla compilazione dei referti sull'apposito modulario e con apposizione di firma e timbro che rechi anche la qualifica specialistica.

10. Le proposte di indagini specialistiche e le prescrizioni di specialità farmaceutiche e di galenici da parte dello specialista ambulatoriale avvengono in conformità a quanto previsto in merito dall'Accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale.

Art. 18.

Organizzazione del lavoro

1. Al fine di adeguare l'offerta dei servizi ai bisogni reali dei cittadini e di garantir loro, sotto l'aspetto organizzativo ed erogativo un servizio continuativo ed efficiente, le prestazioni dello specialista ambulatoriale vengono eseguite tra le ore 7 e le ore 20 di tutti i giorni feriali. Per determinati servizi, l'attività specialistica può essere svolta anche in ore notturne e/o festive.

2. È consentito l'accesso negli ambulatori pubblici da parte dell'assistito, senza richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base), oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche), psichiatria e neuropsichiatria infantile, salvi i casi di urgenza per i quali l'accesso diretto è consentito anche alle altre branche specialistiche.

3. Allo scopo di accrescere la qualità e la produttività dei servizi all'interno delle strutture poliambulatoriali pubbliche extra-degenza l'organizzazione del lavoro deve prevedere più turni giornalieri e la piena utilizzazione dei presidi in parola.

4. L'organizzazione del lavoro all'interno di ogni presidio deve altresì assicurare la presenza degli specialisti nei singoli servizi di branca per un numero di 12 ore settimanali o comunque per un numero di ore parametrato al numero di cittadini facenti capo al bacino di utenza, valorizzando il lavoro intedisciplinare di gruppo e la responsabilità di ogni medico nell'assolvimento dei propri compiti, anche attraverso la partecipazione obbligatoria alle iniziative a tal fine promosse dalla U.S.L. Nel caso che la partecipazione a tali iniziative comporti impegni al di fuori dell'orario indicato nella lettera di incarico, al medico spetta un compenso aggiuntivo rapportato al maggior impegno orario.

5. Ai fini organizzativi l'accesso ai servizi specialistici avviene con il sistema a prenotazione secondo lo standard indicativo di quattro assistiti/ora.

6. La prenotazione relativa alle visite successive è effettuata secondo modalità di programmazione predisposte dallo specialista ai fini di assicurare la continuità diagnostico terapeutica.

7. Il numero di prestazioni sia ordinarie che di particolare impegno professionale di cui all'art. 19 erogabili per ciascuna ora di attività sarà determinato sulla base della tipologia e della complessità della prestazione; comunque al fine di fornire una prestazione qualificata il numero di prestazioni/ora non può di norma essere superiore a quattro.

8. Qualora le prenotazioni siano state tutte soddisfatte prima del termine dell'orario stabilito dalla lettera di incarico, lo specialista resta a disposizione fino alla scadenza di detto orario per eventuali ulteriori prestazioni autorizzate dal medico responsabile del poliambulatorio.

9. Nel caso che l'orario disponibile secondo la lettera di incarico si sia esaurito senza che tutte le prenotazioni siano state soddisfatte lo specialista eseguirà, ove sia possibile, le residue prestazioni, a mente di quanto previsto dal presente articolo, comma 11, 12 e 13.

10. La media delle prestazioni erogate dallo specialista è soggetta a periodiche verifiche da parte della U.S.L.

sulla scorta dei dati relativi alla casistica clinica (e non numerica) ed in relazione alla dotazione tecnico-strumentale e di personale esistente nel presidio.

11. Qualora sia necessario superare occasionalmente l'orario di servizio, l'U.S.L. provvede ad indicare le modalità organizzative e ad autorizzarne il prolungamento previo assenso dello specialista interessato.

12. La richiesta di prolungamento di orario può essere avanzata anche da parte dello specialista.

13. Al sanitario autorizzato a prolungare l'orario viene corrisposto il compenso orario di cui all'art. 32 maggiorato degli incrementi periodici di anzianità.

14. L'organizzazione funzionale e gestionale della struttura pubblica specialistica extra-degenza e l'interconnessione fra i singoli servizi specialistici sono demandati alla responsabilità di un medico a rapporto di dipendenza che non abbia funzioni di diagnosi e cura o di un medico a rapporto convenzionale a mente della norma finale n. 12 o del decreto del Presidente della Repubblica n. 504/87.

15. Per ciascun servizio specialistico al quale sia addetta una pluralità di sanitari convenzionati ai sensi del presente Accordo, non inferiore a quattro unità per le branche di radiologia e analisi e non inferiore a tre unità per la fisiochinesiterapia, l'U.S.L. prevede la presenza di un coordinatore individuato, con l'assenso dell'interessato, tra gli specialisti titolari di incarico in ciascuna branca in servizio presso il presidio.

16. Lo specialista in interesse non si pone in posizione di preminenza gerarchica rispetto agli altri specialisti di branca, ma di coordinamento operativo con attribuzione di indirizzi e di verifica del programma di lavoro.

17. Allo specialista cui viene attribuito l'adempimento in parola spetta la indennità di cui all'art. 43.

18. Le prestazioni dello specialista ambulatoriale riguardano:

a) tutti gli atti e gli interventi di natura specialistica di prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione, che non siano strettamente correlati al ricovero, tecnicamente eseguibili, salvo controindicazioni cliniche, in sede ambulatoriale, domiciliare, di day-hospital, di assistenza programmata a soggetti nel domicilio personale, di assistenza nelle residenze protette, di assistenza domiciliare integrata;

b) gli atti e gli interventi specialistici di particolare impegno professionale, di cui all'allegato *C* sia intra che *extra-moenia.*

19. Le attività dello specialista ambulatoriale riguardano:

a) l'attività di medicina specialistica in supporto alle azioni di prevenzione individuale e collettiva, da effettuarsi su richiesta delle UU.SS.LL., nell'ambito di: indagini mirate per lavoratori esposti a rischio; depistages di popolazioni per la prevenzione e il contenimento dell'evolversi in forma irreversibile di determinate malattie; problemi relativi alle leggi nn. 194/78 e 180/78; tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva; medicina scolastica; tutela dell'anziano, educazione sanitaria e termalismo;

b) le attività di riabilitazione anche mediante l'applicazione di protesi e di ortesi. L'esecuzione delle protesi dentarie e ortodontiche è regolamentata dalle norme di cui all'allegato *D;*

c) le attività di supporto specialistico interdisciplinare per tutte le branche specialistiche previste dall'allegato *A;*

d) le attività di supporto agli atti di natura medico-legale;

e) le attività di consulenza richieste dalle UU.SS.LL. per i propri fini istituzionali.

20. Le modalità tecniche e professionali di erogazione dell'assistenza specialistica di cui al presente Accordo sono demandate alla scienza e coscienza dello specialista, nel rispetto delle norme deontologiche che regolano la professione e nel quadro dei programmi e degli obiettivi della U.S.L.

21. Qualora l'incarico specialistico si svolga presso ospedali pubblici del S.S.N., fermo restando che il sanitario non è soggetto ad alcun vincolo gerarchico, l'attività svolta dallo specialista ambulatoriale non può in alcun modo essere conteggiata ai fini dell'applicazione dell'istituto dell'incentivazione di cui al titolo VI del decreto del Presidente della Repubblica n. 270/87.

22. Nel caso di specialisti che espletano la loro attività all'interno di unità operative complesse in cui opera anche personale dipendente, ai fini di quanto previsto dal comma 21 l'attività dello specialista va determinata dividendo il complesso delle prestazioni eseguite dall'unità operativa per il numero dei professionisti in essa operanti e tenendo conto del numero delle ore di attività da ciascuno di essi svolta.

Art. 19.

Prestazioni di particolare impegno professionale

1. Fermo restando l'obbligo di eseguire le prestazioni di cui all'art. 18 lo specialista, salvo controindicazioni cliniche, è tenuto ad effettuare, secondo modalità organizzative convenute con le UU.SS.LL., durante il normale orario di servizio, gli atti e gli interventi di particolare impegno professionale previsti nell'allegato *C* finalizzati alla definizione diagnostica e alla continuità terapeutica, allo scopo di migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi nell'area della specialistica extra-degenza.

2. Per l'espletamento di tali interventi allo specialista è attribuito un emolumento forfettario aggiuntivo calcolato sul compenso orario dovuto ai sensi dell'art. 32, rapportato al tempo di esecuzione indicato a fianco di ciascuna prestazione.

3. In ogni caso gli emolumenti di cui al comma 2, da corrispondere con cadenza trimestrale, non possono superare nell'arco del trimestre il cinquanta per cento dei compensi orari spettanti allo specialista.

4. Laddove ricorrano le condizioni per organizzare l'attività dei servizi, ivi compresa l'esecuzione delle P.I P., sulla base di protocolli volti a una gestione programmata

e per obiettivi, che coinvolga quanto meno un intero presidio poliambulatoriale, i compensi per le prestazioni di particolare impegno professionale sono corrisposti con modalità da concordare a livello locale e in misura comunque non superiore al sessanta per cento (60%) dei compensi orari spettanti allo specialista.

5. Nel caso che gli obiettivi convenuti ai sensi del comma 4 non siano raggiunti per ragioni non imputabili alla volontà dello specialista, i compensi per le prestazioni di particolare impegno professionale sono corrisposti nella misura e secondo le modalità di cui ai commi 2 e 3.

Art. 20.

Prestazioni di attività extra-moenia

1. La U.S.L. per propri fini istituzionali o esigenze erogative, può chiedere allo specialista ambulatoriale di cui al presente Accordo di svolgere l'attività professionale al di fuori della sede abituale di lavoro quale risulta dalla lettera di incarico (attività *extra-moenia*).

2. Le prestazioni specialistiche in regime di attività *extra-moenia* rivestono carattere di consulenza e/o di consulto, sono finalizzate alla prevenzione, diagnosi e cura, e riabilitazione, e possono essere svolte dallo specialista presso:

a) il domicilio del paziente, ai sensi dell'art. 25, 6° comma, della legge n. 833/78;

b) lo studio privato del medico di fiducia convenzionato;

c) le altre strutture pubbliche del S.S.N. (consultori, residenze protette, servizi socio-assistenziali di tipo specialistico, ecc.), comunita terapeutiche, scuole, fabbriche, ecc;

d) gli ospedali pubblici del S.S.N.

3. L'attività *extra-moenia* è svolta al di fuori dell'orario di servizio a carattere occasionale o periodico programmato ed è preventivamente convenuta con lo specialista interessato.

4. La U.S.L. può chiedere allo specialista la disponibilità a svolgere attività *extra-moenia* anche durante il suo orario di servizio, semprechè ricorrano oggettive condizioni di fattibilità.

5. L'attività *extra-moenia* è richiesta ed autorizzata di volta in volta dalla U.S.L. competente.

6. Per lo svolgimento di attività *extra-moenia,* a carattere occasionale o periodico programmato, allo specialista è attribuito un emolumento forfettario aggiuntivo calcolato sul compenso orario dovuto ai sensi dell'art. 32 rapportato al tempo di esecuzione di 90 minuti per ciascuna prestazione. Qualora in occasione di un singolo accesso vengono eseguite una pluralità di prestazioni, per ciascuna prestazione successiva alla prima il tempo di esecuzione è determinato in 20 minuti.

Art. 21.

Aggiornamento professionale - Formazione permanente

1. L'aggiornamento professionale-formazione permanente dello specialista comprende:

a) la partecipazione obbligatoria ai corsi di aggiornamento organizzati dalla U.S.L.;

b) la frequenza obbligatoria a congressi, convegni, seminari ed altre manifestazioni consimili, compresi nei programmi delle UU.SS.LL.;

c) l'uso di tecnologie audiovisive ed informatiche messe a disposizione dalle UU.SS.LL.

2. Le Regioni, annualmente, d'intesa con gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri ed i sindacati firmatari, emanano norme generali sui temi prioritari per l'aggiornamento obbligatorio-formazione permanente degli specialisti ambulatoriali, anche in relazione all'attuazione dei progetti-obiettivo.

3. Stabilite a livello regionale le linee di coordinamento e indirizzo, la programmazione complessiva dei corsi, dei metodi, della strutturazione temporale degli stessi e quella economico-gestionale, le UU.SS.LL. provvedono alla attuazione dei corsi. I temi dell'aggiornamento obbligatorio sono scelti in modo da rispondere ai bisogni organizzativi del servizio e all'accrescimento culturale del medico anche in relazione all'evoluzione della patologia.

4. I corsi di aggiornamento, fatte salve diverse determinazioni concordate a livello regionale, si svolgono per almeno 32 ore annue. In caso di svolgimento coincidente con i turni di servizio i partecipanti hanno diritto a un corrispondente permesso retribuito con onere a carico della U.S.L.

5. Qualora i corsi siano svolti al di fuori dell'orario di incarico, allo specialista compete, per il numero delle ore di frequenza, il compenso di cui all'art. 32, comma 1, maggiorato degli eventuali incrementi periodici di anzianità.

6. Nei confronti dello specialista che presta la propria attività in più UU.SS.LL. il compenso di cui al comma 5 viene corrisposto dalle UU.SS.LL. interessate in proporzione del numero delle ore svolte presso ciascuna U.S.L.

7. È in facoltà della Regione riconoscere come utili ai fini dell'aggiornamento obbligatorio-formazione permanente di cui al presente articolo:

a) i corsi organizzati, con oneri a proprio carico, dai sindacati firmatari del presente Accordo;

b) corsi o iniziative ufficialmente attivati da università, ospedali, istituti di ricerca, società scientifiche o organismi similari.

8. Nelle ipotesi di cui ai punti *a)* e *b)* del comma 7 lo specialista deve avanzare preventiva formale domanda di partecipazione alla U.S.L. competente per la conseguente autorizzazione. Per la frequenza a detti corsi al sanitario spetta lo stesso trattamento di cui ai commi 4 e 5.

9. Al termine di ciascun corso il sanitario ha l'obbligo di fornire alla U.S.L. idonea documentazione, rilasciata a cura dell'organismo che ha svolto l'aggiornamento, attestante fra l'altro i giorni e le ore durante i quali l'interessato ha frequentato i corsi.

10. L'aggiornamento obbligatorio-formazione permanente deve prevedere una destinazione di risorse vincolate a questo scopo.

Art. 22.

Tutela sindacale

1. Ai fini dell'esercizio del diritto alla tutela sindacale è riconosciuto a ciascun sindacato di categoria dei medici ambulatoriali firmatario del presente accordo l'istituto del distacco sindacale nelle seguenti misure:

1) un distacco totale ogni duemila iscritti;

2) 1.500 ore annue per ogni mille iscritti per l'espletamento dei compiti connessi al rinnovo ed all'applicazione dell'accordo e per i rapporti con gli enti locali del Servizio sanitario nazionale.

2. Il numero degli specialisti ambulatoriali iscritti è rilevato a livello provinciale sulla base dei medici a carico dei quali — per ciascun sindacato nazionale — viene effettuato a cura della U.S.L. la trattenuta della quota sindacale di cui al successivo art. 41.

3. Il diritto di cui al comma 1 del presente articolo è riconosciuto ai soli sindacati nazionali di categoria dei medici ambulatoriali strutturati ed organizzati a livello regionale e provinciale.

4. Il distacco sindacale di cui ai punti 1 e 2 che precedono è calcolato, per gli specialisti che ne usufruiscono, come attività di servizio ed ha piena validità per tutti gli aspetti sia normativi che economici del presente accordo.

5. Tutti gli emolumenti e contributi relativi all'orario di servizio ambulatoriale saranno corrisposti a tutti i rappresentanti sindacali facenti parte dei Comitati e delle Commissioni previsti dal presente accordo, ove l'orario in cui si svolgono le riunioni o i lavori di detti organismi coincida con l'orario di servizio.

6. Agli effetti della gestione dei precedenti punti 1) e 2) del comma 1 del presente articolo, il responsabile nazionale del sindacato comunica, entro il 30 settembre di ogni anno, con un'unica lettera indirizzata a tutti gli Assessori regionali alla Sanità e al Ministero della Sanità, i nominativi degli specialisti per i quali chiede il distacco sindacale, la sede di servizio, l'orario settimanale del medico ed il numero di ore annuali per il quale è richiesto il distacco.

7. Gli Assessori regionali alla Sanità provvedono a darne comunicazione alle UU.SS.LL. interessate entro il 31 ottobre di ciascun anno.

8. Trascorso inutilmente il termine di cui al comma 7 i sindacati firmatari comunicano entro il 31 dicembre alle UU.SS.LL. interessate, e per conoscenza al Ministero della Sanità e agli Assessorati alla Sanità, i nominativi degli specialisti per i quali è richiesto il distacco sindacale, la sede di servizio e l'orario settimanale del medico.

9. Le assenze dal servizio per permesso sindacale sono comunicate con congruo preavviso dallo specialista interessato alla U.S.L. presso cui opera e non producono effetto ai fini delle statistiche annuali.

Art. 23.

Tutela della salute ed igiene negli ambienti di lavoro

1. Le UU.SS.LL. sono tenute ad attuare tutte le misure idonee alla tutela della salute ed alla integrità fisica e psichica dello specialista ambulatoriale; sono tenute altresì ad applicare tutte le leggi vigenti in materia.

2. I sindacati firmatari del presente accordo hanno potere di contrattazione sui problemi degli ambienti di lavoro e di controllo sull'applicazione di ogni norma di legge utile in tal senso.

Art. 24.

Diritto all'informazione

1. La U.S.L. garantisce ai sindacati firmatari del presente accordo una costante e preventiva informazione sugli atti ed i provvedimenti che riguardano:

a) la programmazione dell'area specialistica extra-degenza specie per quanto riguarda la funzionalità dei servizi specialistici funzionanti presso le strutture pubbliche specialistiche extra-degenza;

b) il personale dipendente e quello convenzionato ai sensi del presente accordo, l'organizzazione del lavoro, il funzionamento dei servizi nonché i programmi, i bilanci, gli investimenti e lo stanziamento relativo agli oneri per l'effettuazione del numero complessivo di ore di attività (monte ore globale indifferenziato) formalmente deliberate.

Art. 25.

Consultazioni tra le parti

1. Su richiesta di una delle parti sono effettuati incontri a livello di U.S.L., con la eventuale partecipazione anche di altre categorie dei medici impegnati nell'area delle attività ambulatoriali extra-degenza, per lo scambio di

informazioni sul funzionamento dell'attività ambulatoriale e per la formulazione di proposte idonee a rimuovere eventuali disfunzioni concordemente rilevate, anche in riferimento agli argomenti previsti all'art. 13, comma 9.

Art. 26.

Assenze non retribuite

1. Per giustificati e documentati motivi di studio o di comprovata necessità, l'U.S.L. conserva l'incarico allo specialista per la durata massima di 24 mesi nell'arco del quinquennio sempreché esista la possibilità di assicurare idonea sostituzione.

2. Nessun compenso è dovuto allo specialista per l'intero periodo di assenza.

3. In caso di mandato parlamentare, nazionale o regionale, o di nomina a Consigliere comunale di comune capoluogo di Regione l'U.S.L. conserva, a richiesta dell'interessato, l'incarico senza retribuzione per l'intera durata del mandato.

4. I periodi di assenza per i casi previsti dal comma 3 sono conteggiati come anzianità di incarico ai soli effetti dell'art. 11.

5. Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve avanzare richiesta per l'ottenimento dei permessi di cui al presente articolo con un preavviso di almeno sette giorni.

6. Ricorrenti assenze non retribuite verranno valutate per eventuale segnalazione alla Commissione di cui all'art. 16 per i provvedimenti opportuni.

7. Per tutti gli incarichi svolti ai sensi del presente accordo in più posti di lavoro e/o più UU.SS.LL. il periodo di assenza non retribuita deve essere fruito contemporaneamente.

Art. 27.

Assenza per servizio militare

1. Lo specialista che ha sospeso la propria attività per il servizio di leva o richiamo alle armi è reintegrato nel precedente incarico, sempreché ne faccia domanda entro 30 giorni dalla data del congedo.

2. Durante il periodo di assenza per servizio di leva o richiamo alle armi, allo specialista non compete alcuna corresponsione economica.

3. Il periodo di assenza per servizio di leva o richiamo alle armi è conteggiato come anzianità di incarico ai soli effetti dell'articolo 11.

Art. 28.

Malattia - Gravidanza

1. Allo specialista confermato nell'incarico che si assenta per comprovata malattia o infortunio — anche non continuativamente nell'arco di 30 mesi — che gli impediscano qualsiasi attività lavorativa, l'U.S.L. corrisponde l'intero trattamento economico, goduto in attività di servizio, per i primi 6 mesi e al 50% per i successivi 3 mesi e conserva l'incarico per ulteriori 15 mesi.

2. Lo specialista non ancora confermato, in caso di malattia o infortunio ha diritto alla conservazione dell'incarico senza corresponsione di compensi, per la durata massima di 12 mesi.

3. Alla specialista confermata nell'incarico, che si assenta dal servizio per gravidanza o puerperio, l'U.S.L. mantiene l'incarico per 6 mesi continuativi e corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio, per un periodo massimo complessivo di 14 settimane.

4. La U.S.L. può disporre controlli sanitari in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati.

Art. 29.

Permesso annuale retribuito - Congedo matrimoniale

1. Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico specialista spetta un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di 30 giorni non festivi purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a cinque volte l'impegno orario settimanale.

2. Il permesso è usufruito in uno o più periodi, a richiesta dell'interessato, con un preavviso di 30 giorni.

3. Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso, esso sarà concesso a condizione che l'USL possa provvedere al servizio o che la sostituzione sia garantita dal richiedente.

4. Il periodo di permesso viene goduto durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il 1° semestre dell'anno successivo.

5. Detto periodo è elevato a 45 giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a sette volte e mezzo l'impegno orario settimanale, per gli specialisti che usufruiscono dell'indennità di rischio da radiazione di cui all'art. 35.

6. Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito di cui al primo o al quinto comma del presente articolo, quanti sono i mesi di servizio prestati.

7. Ai fini del computo del permesso retribuito non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti di cui ai precedenti articoli 26 e 27.

8. Allo specialista titolare di incarico a tempo indeterminato spetta un congedo matrimoniale retribuito di 15 giorni non festivi, purché l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.

9. Durante il permesso retribuito e il congedo matrimoniale saranno corrisposti i compensi previsti dagli articoli 32 e 34, le quote aggiuntive per variazioni del costo della vita e, qualora dovuta, l'indennità di rischio.

Art. 30.

Sostituzioni

1. Alle sostituzioni di durata non superiore a 30 giorni l'U.S.L. provvede assegnando l'incarico di supplenza o ad un medico specialista designato dall'interessato o secondo l'ordine di graduatoria con priorità per i medici non titolari di incarico e non in posizione di incompatibilità.

2. Alle sostituzioni di durata superiore l'U.S.L. provvede comunque conferendo l'incarico di supplenza ricorrendo alla graduatoria secondo i criteri di cui al comma 1.

3. L'incarico di sostituzione non può superare la durata di sei mesi e non è rinnovabile.

4. Con il rientro dello specialista titolare dell'incarico, cessa di diritto e con effetto immediato l'incarico di sostituzione.

5. Al medico sostituto, non titolare di incarico, spettano solo il trattamento tabellare iniziale, di cui all'art. 32 e l'eventuale indennità di rischio secondo le modalità del presente accordo.

6. Al medico sostituto, che sia già titolare di incarico, compete il trattamento tabellare derivante dall'anzianità maturata nel servizio ambulatoriale.

7. Al sostituto competono le quote di caro-vita secondo le modalità del presente accordo in tutti i casi di assenze non retribuite del titolare sostituito, nonché il rimborso delle spese di accesso ai sensi dell'art. 37.

Art. 31.

Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi

1. L'U.S.L., d'intesa con i sindacati firmatari provvede ad assicurare gli specialisti comunque operanti negli ambulatori in diretta gestione contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale ai sensi del presente accordo, ivi compresi i danni eventualmente subiti dagli specialisti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio sempreché il servizio sia prestato in comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività *extra-moenia* ai sensi dell'art. 20.

2. Le polizze sono stipulate per i seguenti massimali:

a) *per la responsabilità verso terzi:*

L. 1.500.000.000 per sinistro;
L. 1.000.000.000 per persona;
L. 500.000.000 per danni a cose o ad animali;

b) *per gli infortuni:*

L. 1.000.000.000 per morte o invalidità permanente;

L. 150.000 giornaliere per un massimo di 300 giorni per invalidità temporanea e con decorrenza dal 1° giorno del mese successivo all'inizio dell'invalidità. L'indennità giornaliera è ridotta al 50% per i primi tre mesi.

3. Le relative polizze sono portate a conoscenza dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'accordo.

4. I medici che ai sensi e nei modi di cui all'art. 35 vengono individuati quali esposti alle radiazioni ionizzanti sono assicurati obbligatoriamente presso l'INAIL a cura della U.S.L.

Art. 32.

Compensi tabellari - Fasce di anzianità - Scatti biennali

1. Ai medici specialisti ambulatoriali è corrisposto mensilmente a decorrere dal 1° luglio 1988 un compenso forfettario rapportato a L. 19.200 per ora di incarico. A tale compenso base sono apportati aumenti biennali del 2,50% (due e cinquanta per cento) ed incrementi periodici per fascie triennali di anzianità nella misura del 6% (sei per cento) fino ad un massimo di sette fasce. Gli aumenti biennali vengono riassorbiti al conseguimento delle fasce di anzianità successive.

2. Il compenso forfettario di cui al comma 1 viene elevato a L. 19.300 con decorrenza 1° gennaio 1989, a L. 20.600 con decorrenza 1° gennaio 1990 e a L. 21.100 con decorrenza 1° gennaio 1991.

3. A decorrere dal 1° gennaio 1989 sui compensi di cui al comma 2 sono apportati incrementi periodici per fasce biennali di anzianità nella misura costante del 6% (sei per cento) fino ad un massimo di otto fasce ed in successivi aumenti biennali del 2,50% (due e cinquanta per cento) computato sul valore dell'ottava fascia.

4. Tanto gli aumenti che gli incrementi di cui ai commi 1, 2 e 3 decorrono dal primo giorno del mese successivo a quello del compimento della anzianità.

5. Nei confronti dei medici già titolari di incarico a tempo indeterminato alla data di entrata in vigore dell'accordo reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica 22 ottobre 1981, ai fini delle fasce di anzianità e degli scatti biennali è valutata l'intera anzianità di servizio maturata senza soluzione di continuità presso gli Enti firmatari dell'accordo dell'11 giugno 1975 e ai sensi dell'accordo stesso.

6. Con tale anzianità viene cumulata quella maturata successivamente e senza soluzione di continuità con il precedente rapporto.

7. In caso di servizio prestato senza soluzione di continuità presso più enti mutuo-previdenziali o presso più UU.SS.LL., l'anzianità da valutare è quella maggiore.

8. Ai fini della determinazione dell'anzianità non sono presi in considerazione i periodi di assenza non retribuiti.

9. Per le assenze dal servizio che non rientrano tra quelle retribuite ai sensi degli articoli 22, 28, commi 1 e 3, e 29, nessun compenso va corrisposto allo specialista attesa la natura professionale del rapporto con l'U.S.L.

10. Il compenso mensile deve essere pagato allo specialista entro la fine del mese di competenza.

11. Per l'attività svolta dallo specialista nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle 6 il compenso orario di cui al presente articolo è maggiorato nella misura del 30%.

12. Per l'attività svolta nelle ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione è del 50%.

13. Le Regioni attuano, di intesa con le UU.SS.LL. e sentiti i Sindacati firmatari, forme di coordinamento tra le varie Unità Sanitarie Locali allo scopo di assicurare entro il 27 di ciascun mese la corretta corresponsione, nei confronti dei medici ambulatoriali, dei compensi ai medesimi spettanti ai sensi del presente accordo.

Art. 33.

Quote di caro-vita

1. Le parti convengono che agli specialisti ambulatoriali sono attribuite quote mensili di carovita determinate in linea con i criteri di cui alla legge n. 38 del 26 febbraio 1986 e all'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica n. 13 del 1° febbraio 1986, con le seguenti specificazioni:

a) l'adeguamento delle quote di caro-vita avviene con cadenza semestrale, con riferimento alla variazione dell'indice sindacale registrato nel semestre precedente;

b) le quote vengono corrisposte in aggiunta a quelle dovute in base alle norme del decreto del Presidente della Repubblica n. 291/87;

c) il compenso tabellare che, sommato alle quote di caro-vita spettanti nel semestre precedente, costituisce la base di calcolo per l'applicazione dei criteri di cui alla legge n. 38/86 e al decreto del Presidente della Repubblica n. 13/86, è rappresentato dal compenso orario iniziale nella misura stabilita dall'art. 32, comma 1, moltiplicato per il numero delle ore d'incarico del singolo medico in ciascun mese, con il tetto massimo di 156 ore mensili;

d) ai medici con incarico inferiore a 40 ore mensili spetta un incremento delle quote di caro-vita corrispondente a quello riferito a 40 ore mensili di attività, decurtato di un quarantesimo per ogni ora al di sotto del limite di 40.

2. Le quote di carovita non spettano a coloro che comunque e a qualsiasi titolo usufruiscono di meccanismi automatici di adeguamento dei compensi al costo della vita, salvo quanto previsto al comma successivo.

3. Le quote di carovita spettano ai pensionati che in dipendenza dell'incarico specialistico di cui sono titolari ai sensi del presente accordo, non percepiscono l'indennità integrativa speciale connessa con il trattamento pensionistico.

4. Nell'ipotesi che lo specialista svolga contemporaneamente la propria attività per conto di più UU.SS.LL. e/o altri Enti che adottano il presente accordo, l'onere delle quote di caro-vita viene ripartito, nel rispetto dei limiti di cui al comma 1, lettera *c)*, proporzionalmente tra le UU.SS.LL. e/o gli Enti interessati in ragione del numero delle ore di incarico che lo specialista effettua per ciascuno di essi, secondo le indicazioni all'uopo fornite dal Comitato di cui all'art. 13.

Art. 34.

Indennità di disponibilità

1. Agli specialisti che svolgono esclusivamente attività ambulatoriale ai sensi del presente accordo e che non hanno altro tipo di rapporto di dipendenza o convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, spetta una indennità di disponibilità, per ogni ora risultante dalla lettera di incarico, nella misura di L. 3.500 a decorrere dal 1° luglio 1988, L. 4.000 dal 1° gennaio 1989 e L. 5.000 dal 1° gennaio 1991.

2. L'indennità in parola subisce tutti i riflessi degli altri istituti di carattere normativo ed economico previsti dal presente accordo, ad eccezione delle quote di carovita di cui all'art. 33.

Art. 35.

Indennità di rischio

1. A decorrere dalla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo, l'indennità di rischio viene corrisposta, nella misura e con la cadenza temporale prevista per i medici ospedalieri, agli specialisti esposti al rischio di radiazioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 185/1964 in quanto tenuti a prestare la propria opera in zona controllata e sempreché il rischio abbia carattere professionale.

2. Per gli specialisti che non operano in maniera costante in zona controllata, l'accertamento del diritto all'indennità è demandato a un'apposita Commissione composta dal coordinatore sanitario, che la presiede, da uno specialista radiologo designato dall'U.S.L., da tre rappresentanti dei medici ambulatoriali designati dai membri di parte medica in seno al comitato consultivo zonale di cui all'art. 13 e da due esperti qualificati nominati dal comitato di gestione dell'U.S.L.

Art. 36.

Indennità di disagiatissima sede e indennità di bilinguismo

1. Per lo svolgimento di attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime, comprese le piccole isole, spetta ai medici un compenso accessorio orario nella misura e con le modalità concordate a livello regionale con i sindacati firmatari del presente accordo.

2. È riconosciuta l'indennità di bilinguismo in rapporto alle ore di incarico ai medici specialisti operanti nella provincia di Bolzano in possesso del relativo attestato.

Art. 37.

Rimborso spese di accesso

1. Per incarichi svolti in Comune diverso da quello di residenza, purché entrambi siano compresi nello stesso ambito zonale, viene corrisposto, per ogni accesso, un rimborso spese nella misura di L. 360 per chilometro.

2. La misura di tale rimborso, limitatamente al 50%, viene rideterminata con la medesima decorrenza, e per uguale importo in percentuale, delle variazioni di prezzo eventualmente subite dalla benzina «super».

3. Il rimborso non compete nell'ipotesi che lo specialista abbia un recapito professionale nel Comune sede di presidio presso il quale svolge l'incarico. Nel caso di soppressione di tale recapito, il rimborso è ripristinato dopo tre mesi dalla comunicazione dell'intervenuta soppressione all'Assessore regionale alla sanità o al suo delegato, nella qualità di Presidente del Comitato di cui all'art. 13.

4. La misura del rimborso spese è proporzionalmente ridotta nel caso in cui l'interessato trasferisca la residenza in Comune più vicino a quello sede del presidio. Rimane invece invariata qualora lo specialista trasferisca la propria residenza in Comune sito a uguale o maggiore distanza da quello sede del posto di lavoro.

Art. 38.

Premio di collaborazione

1. Agli specialisti incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso tabellare (compenso orario più incrementi periodici di anzianità di cui all'art. 32 e delle quote di carovita complessivamente percepiti nel corso dell'anno e dell'indennità di disponibilità di cui all'art. 34).

2. Detto premio sarà liquidato entro il 31 dicembre dell'anno di competenza.

3. Allo specialista che cessa dal servizio prima del 31 dicembre il premio verrà calcolato e liquidato all'atto della cessazione del servizio.

4. Il periodo di servizio svolto a tempo determinato, seguito da conferma dell'incarico stesso a tempo indeterminato, è computato ai fini della determinazione del premio di cui al primo comma del presente articolo.

5. Allo specialista al quale alla data del 31 dicembre l'incarico svolto a tempo determinato non sia stato ancora confermato in incarico a tempo indeterminato compete, entro 90 giorni dalla data di conferma, un premio di collaborazione rapportato ai compensi percepiti per l'attività prestata prima del 31 dicembre.

6. Il premio in parola non compete allo specialista nei cui confronti sia stato adottato il provvedimento di sospensione o di risoluzione del rapporto professionale per motivi disciplinari.

Art. 39.

Contributo ENPAM

1. A favore dei medici specialisti che prestano la loro attività ai sensi del presente accordo, l'U.S.L. versa di norma mensilmente, al massimo trimestralmente, con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, specificandone in particolare il numero di codice fiscale e di codice individuale ENPAM, al Fondo speciale dei medici ambulatoriali gestito dall'ENPAM, di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 15 ottobre 1976 e successive modificazioni un contributo del ventidue per cento (22%) di cui il tredici per cento (13%) a proprio carico e il nove per cento (9%) a carico di ogni singolo specialista, calcolato sul compenso tabellare (compenso orario più incrementi periodici di anzianità di cui all'art. 32), sul premio di collaborazione (art. 38), sulle quote di carovita (art. 33), sui compensi per eventuali prolungamenti dell'orario di lavoro (art. 18), sui compensi per attività *extra-moenia* (art. 20) e sull'indennità di disponibilità (art. 34).

2. In materia si applicano le disposizioni del Decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 7 ottobre 1989, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 249 del 24 ottobre 1989.

Art. 40.

Premio di operosità

1. A tutti i medici ambulatoriali che svolgono la loro attività per conto delle UU.SS.LL., ai sensi del presente accordo con regolare incarico a tempo indeterminato, alla cessazione del rapporto professionale, spetta dopo un anno di servizio un premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato in base all'anzianità determinata ai sensi del precedente articolo 38, esclusi i periodi per i quali sia già intervenuta liquidazione.

2. Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliato al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a 15 giorni e non calcolando quella pari o inferiore a 15 giorni.

3. Ciascuna mensilità, calcolata in base alla tabella in vigore al momento della cessazione del rapporto, è ragguagliata alle ore effettive di attività ambulatoriale svolta dal medico in ogni anno di servizio.

4. Conseguentemente ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a 15 giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a 15 giorni non è computata.

5. Pertanto, nel caso in cui nel corso del rapporto di lavoro fossero intervenute delle variazioni nell'orario settimanale di attività, il «premio» per ogni anno di servizio dovrà essere calcolato in base agli orari di attività effettivamente osservati nei diversi periodi dell'anno solare.

6. Il premio di operosità è calcolato sul compenso tabellare (compenso orario più incrementi periodici di anzianità di cui all' art. 32) e sul premio di collaborazione e sull'indennità di disponibilità.

7. Il premio è corrisposto entro sei mesi dalla cessazione del rapporto.

8. La corresponsione del premio di operosità è dovuta dalle UU.SS.LL. in base ai criteri previsti dall'Allegato *E* annesso al decreto del Presidente della Repubblica n. 884/1984, che qui si intendono integralmente richiamati.

Art. 41.

Riscossione delle quote sindacali

1. Le quote sindacali a carico dell'iscritto sono trattenute, su richiesta del Sindacato, corredata di delega dell'iscritto e per l'ammontare deliberato dal Sindacato stesso, dalle UU.SS.L. presso le quali il medico presta la propria opera professionale e sono versate, mensilmente, sul conto corrente bancario intestato alla Sezione provinciale del sindacato stesso, contestualmente all'invio dell'elenco dei medici a cui sono state applicate le ritenute sindacali e l'importo delle relative quote.

2. Restano in vigore le deleghe già rilasciate a favore dei sindacati confluiti nel Sindacato firmatario dell'accordo di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 884/1984.

3. Eventuali variazioni delle quote e delle modalità di riscossione vengono comunicate alle UU.SS.LL. da parte degli organi competenti del Sindacato.

Art. 42.

Commissione professionale

1. In ogni Regione è costituita ai sensi dell art. 24 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, una Commissione professionale cui sono affidati, nel rispetto dei principi sanciti in detto art. 24 i seguenti compiti:

a) definire gli standard medi assistenziali sulla base degli indici di piano sanitario nazionale e regionale;

b) fissare le procedure per la verifica di qualità dell'assistenza;

c) prevedere le ipotesi di eccessi di spesa che potranno dar luogo, ove non giustificati, al deferimento del medico alla Commissione di disciplina di cui all'art. 16.

2. Per gli adempimenti di cui al comma 1 le UU.SS.LL. hanno l'obbligo di comunicare periodicamente ai medici ed alla Commissione professionale il parametro di spesa regionale, lo standard medio assistenziale dei diversi presidi e servizi delle UU.SS.LL. nonché il comportamento prescrittivo dei singoli medici convenzionati evidenziando in particolare quello relativo alla prescrizione farmaceutica e alla richiesta di indagini strumentali e di laboratorio, di consulenza specialistica e di assistenza ospedaliera, curando di separare i casi in cui la richiesta provenga autonomamente dal medico o sia stata richiesta da altri presidi sanitari.

3. La Commissione professionale regionale, nominata con provvedimento della Regione è presieduta:

dal Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della città capoluogo di Regione ed è così costituita:

cinque esperti qualificati nominati dalla Regione scelti tra dipendenti delle strutture universitarie e del Servizio sanitario nazionale;

quattro rappresentanti dei medici specialisti ambulatoriali scelti dai membri di parte medica dei Comitati regionali;

un funzionario della carriera direttiva amministrativa della Regione con funzioni di segretario.

4. La Commissione, inoltre, anche sulla base delle segnalazioni dei dirigenti sanitari di cui all'art. 44 individua almeno due tra i seguenti progetti di vatutazione e revisione della qualità dell'assistenza specialistica:

a) valutazione della produttività degli specialisti ambulatoriali interni, diversificati per branca, in rapporto alle dotazioni strutturali e strumentali disponibili e agli standard di dotazione e proposte per l'ottimizzazione della situazione;

b) valutazione qualitativa e quantitativa degli effetti indotti in termini di attività e di costi dal comportamento prescrittivo dei medici specialisti ambulatoriali interni con riferimento all'assistenza farmaceutica, alla diagnostica strumentale, alle ulteriori consulenze specialistiche e ai ricoveri ospedalieri;

c) valutazione dell'intensità di utilizzazione delle attrezzature dei poliambulatori anche in rapporto al ricorso alla specialistica convenzionata esterna e proposte per l'ottimizzazione della situazione;

d) riflessi sull'attività specialistica ambulatoriale interna dell'introduzione del sistema di accesso programmato mediante Centri unificati di prenotazione;

e) ampiezza e cause del fenomeno del mancato ritiro degli accertamenti specialistici o dell'interruzione dei protocolli terapeutici e proposte per contrastare il fenomeno ed evitare gli sprechi;

f) ampiezza e cause del fenomeno della ripetitività di accertamenti specialistici e diagnostico-strumentali non necessari e proposte per un contenimento del fenomeno (da svolgere in collaborazione con la commissione di VRQ della medicina di base);

g) vantaggi operativi e difficoltà applicative per una effettiva integrazione dei medici specialisti ambulatoriali interni e dei medici ospedalieri nell'area di attività dell'assistenza specialistica territoriale: analisi della realtà locale e proposte per l'ottimizzazione della situazione;

h) l'informazione scientifica e l'aggiornamento professionale dello specialista ambulatoriale interno: analisi del ruolo svolto dal S.S.N., dall'industria farmaceutica e tecnologica, dalle associazioni sindacali, professionali e scientifiche, dai convegni di studio, dalla pubblicistica scientifica e di divulgazione, così come sono al presente e come potrebbero essere rivisitandone il ruolo secondo le esigenze professionali dei medici specialisti ambulatoriali;

i) ulteriori programmi possono essere concordati in sede locale con riferimento ad aspetti critici della situazione assistenziale.

5. In relazione ai compiti di cui al comma 4 la Commissione è tenuta ad operare anche su richiesta di una o più UU.SS.LL. In caso di inattività la Commissione è convocata dall'Assessore regionale alla Sanità.

Art. 43.

Indennità di coordinamento

1. Allo specialista cui viene attribuito l'adempimento previsto ai punti 15, 16 e 17 dell'art. 18 spetta una indennità di coordinamento pari al 10% del compenso orario ai sensi dell'art. 32, maggiorato degli incrementi periodici di anzianità.

Art. 44.

Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria della U.S.L.

1. Il dirigente sanitario medico preposto, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della U.S.L., al servizio specifico o ricomprendente l'organizzazione dell'assistenza specialistica procede al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari.

2. Gli specialisti convenzionati sono tenuti a collaborare con il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.

Art. 45.

Durata dell'accordo

Il presente accordo ha durata triennale e scade il 30 giugno 1991.

Art. 45-*bis*

Esercizio del diritto di sciopero
Prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione

1. Nel settore dell'assistenza specialistica ambulatoriale extra ospedaliera in diretta gestione sono prestazioni indispensabili ai sensi della legge n. 146/1990, art. 2, comma 2, le prestazioni delle branche specialistiche che la U.S.L. non sia in grado di erogare attraverso divisioni o servizi ospedalieri siti nell'ambito territoriale di competenza.

2. Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di cui al comma 1, in occasione di scioperi della categoria degli specialisti ambulatoriali interni, i sindacati firmatari dell'accordo concordano con le UU.SS.LL. per ciascuna delle branche specialistiche di cui al medesimo comma 1 l'astensione dallo sciopero di almeno uno specialista per ogni giorno di durata dello sciopero.

3. Il diritto di sciopero dei medici specialisti ambulatoriali è esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro.

4. Gli specialisti ambulatoriali che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo sono deferiti alla commissione regionale di disciplina che adotterà le sanzioni secondo le procedure stabilite dall'art. 16.

5. Le OO.SS. si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

a) nel mese di agosto;

b) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;

c) nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;

d) nei giorni dal 23 dicembre al 3 gennaio;

e) nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

Norma finale n. 1

1. Agli specialisti operanti presso gli enti di cui all'art. 2, comma 1, lettera *d)*, non si applica l'incompatibilità prevista nel citato articolo, purché ai medesimi l'incarico

sia stato conferito dai suddetti enti all'epoca in cui gli stessi adottavano la regolamentazione dei rapporti ai sensi degli accordi nazionali ex art. 48 della legge n. 833/1978.

Norma finale n. 2

1. In deroga al disposto dell'art. 2, comma 1, lettera *g)*, sono fatte salve le situazioni legittimamente acquisite ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera *c)*, del decreto del Presidente della Repubblica n. 291/1987.

Norma finale n. 3

1. In deroga al disposto dell'art. 2, comma 1, lettere *h)* ed *i)*, sono fatte salve le situazioni legittimamente acquisite ai sensi dell'art. 4, comma 3, punti 1 e 2, del decreto del Presidente della Repubblica n. 291/87.

Norma finale n. 4

1. Salve le norme in materia di limitazione di orario, l'incompatibilità di cui all'art. 2, comma 1, lett. *l)*, non si applica agli specialisti che si trovano nelle condizioni ivi previste alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo.

Norma finale n. 5

1. In deroga al disposto di cui all'art. 3, comma 3, sono fatte salve, nei limiti di 48 ore settimanali, le posizioni legittimamente acquisite alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 291/1987.

Norma finale n. 6

1. In deroga al disposto dell'art. 3, comma 4, sono fatte salve le situazioni legittimamente acquisite, alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo, dai medici titolari di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM.

Norma finale n. 7

1. In favore degli specialisti titolari di incarico a tempo indeterminato alla data del 7 marzo 1984, l'incarico resta garantito *ad personam* fino al raggiungimento dei limiti di età previsti dal presente Accordo, per ore ricoperte alla data suddetta — entro il tetto massimo di 48 ore settimanali — e per branca specialistica, fatta salva la facoltà per la U.S.L. di attivare nei loro confronti le procedure di mobilità di cui all'art. 4, nel rispetto peraltro delle modalità di accesso in atto. Restano in ogni caso ferme le cause di cessazione e di sospensione di cui agli articoli 6 e 7.

Norma finale n. 8

1. In deroga al disposto dell'art. 6, comma 4, lettera *e)*, l'incarico cessa al compimento del 70° anno di età per i medici specialisti titolari di incarico a tempo indeterminato alla data del 1° febbraio 1979.

Norma finale n. 9

1. Sono confermate *ad personam* le posizioni non conformi al disposto dell'art. 9, comma 3, esistenti alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo, fatta salva la possibilità di adottare i provvedimenti di cui all'art. 4, comma 1.

Norma finale n. 10

1. In deroga a quanto previsto dal comma 1 dell'art. 38, il rimborso per spese di accesso continua ad essere corrisposto agli specialisti che ne fruiscano per incarichi acquisiti prima del 28 dicembre 1984.

Norma finale n. 11

1. Salvo quanto previsto all'art. 11, comma 1, lettera *a)*, sono confermati, per i sanitari addetti alla medicina generale ambulatoriale, i contenuti della norma finale annessa al decreto del Presidente della Repubblica n. 291/1987.

Norma finale n. 12

1. Le posizioni degli specialisti ai quali sia stato conferito un incarico ambulatoriale, retribuito a *forfait* orario, da espletarsi temporaneamente nel proprio gabinetto privato, vengono confermate. Detti specialisti sono trasferiti presso il presidio a diretta gestione al momento in cui se ne verifica la possibilità.

2. Ai sanitari in questione spetta lo stesso trattamento economico riconosciuto agli specialisti operanti nella stessa branca presso gli ambulatori direttamente gestiti, maggiorato del 20% e del 30% per gli analisti e per i radiologi, ad eccezione dell'eventuale indennità di rischio e delle quote di carovita che competono nella misura e con le modalità di cui agli articoli 35 e 33.

3. Ai radiologi sono rimborsate le pellicole radiografiche impiegate in base al prezzo di listino decurtato del 15%; agli stessi, inoltre, sono rimborsati i mezzi di contrasto impiegati per colecistografie e pielografie in base a prezzi di listino delle case produttrici decurtati del 15%.

4. Gli specialisti in questione, infine, fruiscono, in quanto compatibile con la loro posizione, dello stesso trattamento giuridico previsto per gli specialisti operanti negli ambulatori in diretta gestione.

5. Il trattamento previsto dall'art. 38 è riconosciuto limitatamente ai casi in cui la malattia richieda ricovero ospedaliero fino a guarigione clinica.

Norma finale n. 13

1. Agli specialisti attualmente in servizio, che abbiano ricoperto altro incarico ambulatoriale cessato in epoca anteriore al 1° dicembre 1962, data di istituzione del

«premio» di cui all'art. 40, non può essere valutato ai fini del «premio» stesso il servizio prestato in base al precedente incarico.

Norma transitoria n. 1

1. Fino all'insediamento dei comitati e della commissione di cui agli articoli 13, 14 e 16 del presente Accordo sono confermati in carica i Comitati e le Commissioni di cui agli articoli 13, 14 e 16 del decreto del Presidente della Repubblica n. 291/87.

Norma transitoria n. 2

1. Le parti confermano di aver convenuto che, a decorrere dalle graduatorie da valere per l'anno 1991, l'esercizio dell'attività specialistica in regime libero-professionale sia calcolato dal giorno successivo alla data di conseguimento della libera docenza o del titolo di specializzazione.

2. Analogamente per la branca di odontostomatologia e limitatamente ai professionisti che accedono alla relativa graduatoria in virtù dell'iscrizione allo speciale albo di cui alla legge n. 409/85, la valutazione dell'attività libero-professionale decorre dal giorno successivo all'iscrizione a tale Albo.

Norma transitoria n. 3

1. L'attività *extra-moenia* di cui all'art. 20 è facoltativa per i medici ultrasessantacinquenni e/o per quelli che ricoprono un incarico di oltre 27 ore settimanali.

Dichiarazione a verbale n. 1

1. Le parti convengono, al fine di dare attuazione al disposto dell'art. 17, comma 2, che in sede regionale siano concordate norme per l'uniforme applicazione dei sistemi di controllo orario.

Dichiarazione a verbale n. 2

1. Per la partecipazione alle riunioni dei comitati e della commissione di cui agli articoli 13, 14 e 16, ai componenti di parte pubblica spettano, se e in quanto previsti, i compensi fissati a livello regionale.

Dichiarazione a verbale n. 3

1. Le parti chiariscono che le dizioni «Regione», «Amministrazione regionale», «Giunta regionale», «Assessore regionale», «Assessore Regionale alla Sanità» usata nel testo dell'accordo valgono a individuare anche i corrispondenti organismi delle province autonome di Trento e Bolzano.

2. Chiariscono inoltre che le dizioni «Ordine dei Medici», «Federazione Regionale degli Ordini dei Medici» e «Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici» vanno intese come «Ordine dei Medici e degli Odontoiatri», «Federazione regionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri» e «Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri».

Dichiarazione a verbale n. 4

1. Le parti raccomandano che il presente Accordo venga recepito dall'I.N.A.I.L. e dall'I.N.P.S.

Dichiarazione a verbale n. 5

1. Le parti si danno reciprocamente atto che le quote di caro-vita dovute agli specialisti ambulatoriali alla data del 1° novembre 1985 ammontavano a L. 614.720 mensili correlate al tetto massimo di 156 ore mensili.

2. Eventuali correzioni dipendenti dalla presa d'atto di cui al comma 1 hanno effetto dal mese successivo a quello di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo.

Dichiarazione a verbale n. 6

1. Le parti confermano che per le branche di Anestesiologia e Rianimazione, Branca di Angiologia, Branca di Chirurgia Generale, Branca di Diabetologia, Branca di Ematologia, Branca di Igiene e Medicina Preventiva, Branca di Pediatria, Branca di Pneumologia, Branca di Oculistica, Branca di Ostetricia e Ginecologia, Branca di Radiologia, il termine per la presentazione delle domande di partecipazione alle graduatorie da valere per l'anno 1991, è stato di comune accordo differito al 30 aprile 1990, fermo restando il termine del 31 gennaio 1990 per il possesso dei requisiti e dei titoli.

Dichiarazione a verbale n. 7

1. Le parti riconoscono l'utilità che eventuali questioni applicative aventi rilevanza generale nonché problemi scaturenti da provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura, ecc., i quali incidano direttamente sulla disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dall'accordo, formino oggetto di esame tra le parti nel corso di apposite riunioni convocate dal Ministero della Sanità, anche su richiesta di parte sindacale.

Dichiarazione a verbale n. 8

1. Le parti si danno reciprocamente atto che nel compenso orario di base di cui all'art. 32 è stata accorpata l'indennità di programmazione sanitaria prevista dall'art. 36 del decreto del Presidente della Repubblica n. 291/87.

Dichiarazione a verbale n. 9

1. Le parti convengono che per le attività di fisiochinesiterapia il coordinamento di cui all'art. 18, comma 15, può essere affidato ad uno specialista convenzionato qualora nella struttura siano presenti almeno cinque unità di personale tecnico-sanitario dipendente.

ALLEGATO *A*
Parte I

BRANCA DI ALLERGOLOGIA

Branche principali
—

1) Allergologia
2) Allergologia ed immunologia clinica

Branche affini
—

1) Medicina generale
2) Medicina interna
3) Patologia generale
4) Clinica medica
5) Immunologia clinica
6) Malattie dell'apparato respiratorio
7) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
8) Tisiologia e malattie polmonari
9) Patologia speciale medica
10) Clinica medica generale
11) Clinica medica generale e terapia medica
12) Patologia speciale medica e metodologia clinica
13) Patologia speciale e clinica medica
14) Immunoematologia
15) Dermosifilopatia
16) Clinica dermosifilopatica
17) Dermatologia e sifilografia
18) Dermosifilopatia e venereologia
19) Dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica
20) Dermatologia e venereologia
21) Dermosifilopatica
22) Patologia e clinica dermosifilopatica
23) Malattie cutanee e veneree
24) Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio

BRANCA DI ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE

Branche principali
—

1) Anestesiologia e rianimazione
2) Anestesia e rianimazione
3) Anestesia
4) Anestesia generale e speciale odontostomatologica
5) Anestesiologia
6) Anestesiologia generale e speciale odontostomatologica
7) Rianimazione

Branche affini
—

1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Chirurgia generale
3) Clinica chirurgica e medicina operatoria
4) Farmacologia
5) Farmacologia applicata
6) Medicina operatoria
7) Nefrologia
8) Tossicologia
9) Tossicologia industriale
10) Tossicologia medica

BRANCA DI ANGIOLOGIA

Branche principali

1) Angiologia
2) Angiologia e chirurgia vascolare
3) Angiologia medica
4) Cardiologia e malattie dei vasi
5) Malattie cardiovascolari
6) Malattie cardiovascolari e reumatiche
7) Malattie dell'apparato cardiovascolare
8) Vasculopatie

Branche affini

1) Cardio-angiopatie
2) Cardio-angio-chirurgia
3) Cardiologia
4) Chirurgia cardiovascolare
5) Chirurgia vascolare
6) Chirurgia toracica e cardiovascolare
7) Fisiopatologia cardiocircolatoria
8) Fisiopatologia cardiovascolare
9) Geriatria
10) Gerontologia
11) Medicina generale

BRANCA DI AUDIOLOGIA

Branche principali

1) Audiologia

Branche affini

1) Chirurgia
2) Chirurgia generale
3) Chirurgia generale e terapia chirurgica
4) Clinica chirurgica
5) Patologia speciale chirurgica
6) Semeiotica chirurgica
7) Clinica chirurgica e medicina operatoria
8) Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica
9) Patologia chirurgica dimostrativa
10) Patologia speciale chirurgica dimostrativa
11) Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica
12) Chirurgia d'urgenza
13) Anatomia chirurgica e corso di operazioni
14) Anatomia topografica e chirurgia operativa
15) Medicina operatoria
16) Neurochirurgia
17) Chirurgia dell'infanzia
18) Chirurgia pediatrica
19) Clinica chirurgica infantile
20) Clinica chirurgica pediatrica
21) Chirurgia plastica
22) Chirurgia plastica ricostruttiva
23) Clinica odontoiatrica
24) Odontoiatria e protesi dentale
25) Odontoiatria e protesi dentaria
26) Stomatologia (malattie della bocca e protesi dentaria)
27) Stomatologia (odontoiatria e protesi dentaria)
28) Clinica otorinolaringoiatrica
29) Otorinolaringoiatria
30) Otorinolaringoiatria e patologia cervico-facciale
31) Foniatria

BRANCA DI CARDIOLOGIA

Branche principali

—

1) Cardiologia
2) Cardiologia e malattie dei vasi
3) Cardiologia e reumatologia
4) Cardio-reumatologia
5) Cardio-angiopatie
6) Fisiopatologia cardiocircolatoria
7) Fisiopatologia cardiovascolare
8) Malattie cardiovascolari
9) Malattie cardiovascolari e reumatiche
10) Malattie dell'apparato cardiovascolare

Branche affini

—

1) Angiologia
2) Cardiochirurgia
3) Geriatria
4) Medicina del lavoro
5) Medicina generale
6) Pediatria
7) Terapia medica sistematica
8) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

BRANCA DI CHIRURGIA GENERALE

Branche principali

—

1) Chirurgia generale
2) Anatomia chirurgica e corso di operazioni
3) Chirurgia
4) Chirurgia dell'apparato dirigente ed endoscopia digestiva
5) Chirurgia generale e terapia chirurgica
6) Chirurgia d'urgenza
7) Chirurgia d'urgenza e di pronto soccorso
8) Chirurgia di pronto soccorso
9) Chirurgia geriatrica
10) Chirurgia dell'apparato dirigente ed endoscopia digestiva chirurgica
11) Chirurgia oncologica
12) Chirurgia sperimentale
13) Clinica chirurgica
14) Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica
15) Patologia speciale chirurgica
16) Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica
17) Semeiotica chirurgica

Branche affini

—

1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Cardio-chirurgia
3) Chirurgia addominale
4) Chirurgia dell'apparato dirigente
5) Chirurgia gastroenterologica
6) Chirurgia maxillo-facciale
7) Chirurgia pediatrica
8) Chirurgia plastica
9) Chirurgia plastica ricostruttiva
10) Chirurgia toracica
11) Chirurgia vascolare
12) Clinica chirurgica e medicina operatoria
13) Clinica ostetrica
14) Endocrinochirurgia
15) Medicina operatoria
16) Nefrologia
17) Neuro-chirurgia
18) Ortopedia e traumatologia
19) Ostetricia
20) Ostetricia e ginecologia
21) Otorinolaringoiatria
22) Urologia

BRANCA DI CHIRURGIA PEDIATRICA

Branche principali

—

1) Chirurgia pediatrica
2) Chirurgia dell'infanzia
3) Chirurgia infantile
4) Clinica chirurgica pediatrica
5) Clinica chirurgica infantile

Branche affini

—

1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Chirurgia generale
3) Clinica chirurgica e medicina operatoria
4) Medicina operatoria

BRANCA DI CHIRURGIA PLASTICA

Branche principali

1) Chirurgia plastica
2) Chirurgia plastica ricostruttiva

Branche affini

1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Chirurgia della mano
3) Chirurgia riparatrice e chirurgia della mano
4) Chirurgia generale
5) Chirurgia maxillo-facciale
6) Chirurgia orale
7) Chirurgia pediatrica
8) Clinica chirurgica e medicina operatoria
9) Odontoiatria e stomatologia
10) Ortognatodonzia
11) Ortopedia e traumatologia
12) Otorinolaringoiatria

BRANCA DI DERMATOLOGIA

Branche principali

1) Clinica dermosifilopatica
2) Dermotalogia
3) Dermatologia e sifilografia
4) Dermatologia e venereologia
5) Dermosifilopatia
6) Dermosifilopatia e venereologia
7) Dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica
8) Dermosifilopatica
9) Malattie cutanee e veneree
10) Malattie della pelle e veneree
11) Malattie veneree e della pelle
12) Patologia e clinica dermosifilopatica

Branche affini

1) Allergologia
2) Allergologia e immunologia
3) Dermatologia allergologica e professionale
4) Dermatologia pediatrica
5) Dermatologia sperimentale
6) Leporologia e dermatologia tropicale
7) Micologia medica

BRANCA DI DIABETOLOGIA

Branche principali

1) Diabetologia
2) Clinica medica
3) Clinica medica generale
4) Clinica medica generale e terapia medica
5) Clinica medica e semeiotica
6) Diabetologia e malattie del ricambio
7) Endocrinologia
8) Endocrinologia e medicina costituzionale
9) Endocrinologia e malattie metaboliche

Branche affini

1) Dietetica
2) Dietologia
3) Geriatria
4) Gerontologia e geriatria
5) Malattie dell'apparato digerente, della nutrizione e del ricambio
6) Malattie del ricambio e dell'apparato digerente
7) Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio

Segue: BRANCA DI DIABETOLOGIA

Branche principali	Branche affini
10) Endocrinologia e malattie del ricambio	
11) Endocrinologia e patologia costituzionale	
12) Malattie del ricambio	
13) Malattie endocrine metaboliche	
14) Malattie dell'apparato digerente e del ricambio	
15) Malattie del fegato e del ricambio	
16) Malattie del rene, del sangue e del ricambio	
17) Malattie del sangue e del ricambio	
18) Medicina costituzionale ed endocrinologia	
19) Medicina generale	
20) Medicina interna	
21) Patologia speciale medica	
22) Patologia speciale e clinica medica	
23) Patologia speciale medica e metodologia clinica	
24) Patologia speciale medica e terapia medica	
25) Scienze delle costituzioni ed endocrinologia	
26) Semeiotica medica	

BRANCA DI EMATOLOGIA

Branche principali	Branche affini
1) Ematologia	1) Analisi chimico-cliniche e di laboratorio
2) Ematologia generale	2) Analisi chimico-cliniche e microbiologia
3) Ematologia clinica	3) Analisi cliniche di laboratorio
4) Ematologia generale clinica e di laboratorio	4) Biochimica applicata
5) Ematologia clinica e di laboratorio	5) Biochimica e chimica clinica
6) Malattie del sangue	6) Biologia clinica
7) Malattie del sangue e del ricambio	7) Chimica biologica e biochimica
8) Malattie del rene, del sangue e del ricambio	8) Igiene e medicina preventiva con orientamento di laboratorio
9) Malattie del sangue e degli organi emopoietici	9) Microbiologia
10) Patologia del sangue e degli organi emopoietici	10) Microbiologia medica
11) Malattie del sangue e dell'apparato digerente	11) Patologia generale
12) Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio	12) Semeiotica e diagnostica di laboratorio
13) Malattie dell'apparato digerente e del sangue	13) Specialista medico di laboratorio
	14) Specialista in analisi cliniche di laboratorio
	15) Specialista in analisi cliniche e specialista medico laboratorista

BRANCA DI ENDOCRINOLOGIA

Branche principali	Branche affini
1) Endocrinologia	1) Diabetologia
2) Endocrinologia e malattie del ricambio	2) Diabetologia e malattie del ricambio
3) Endocrinologia e malattie metaboliche	3) Endocrinologia ostetrico-ginecologica
4) Endocrinologia e medicina costituzionale	4) Farmacologia
5) Endocrinologia e patologia costituzionale	5) Fisiopatologia della riproduzione umana
6) Malattie endocrine e metaboliche	6) Medicina generale
7) Medicina costituzionalistica ed endocrinologia	7) Pediatria
8) Medicina costituzionale ed endocrinologia	8) Terapia medica sistematica
9) Scienza delle costituzioni ed endocrinologia	9) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

BRANCA DI FISIOCHINESITERAPIA

Branche principali

1) Chinesiterapia, fisioterapia, riabilitazione e ginnastica medica in ortopedia
2) Chinesiterapia, fisioterapia e riabilitazione dell'apparato motore
3) Fisiochinesiterapia
4) Fisiochinesiterapia ortopedica
5) Fisiochinesiterapia e rieducazione neuromotoria
6) Fisiopatologia e fisiokinesiterapia respiratoria
7) Fisioterapia
8) Medicina fisica e riabilitazione
9) Terapia fisica e riabilitazione
10) Chinesiterapia
11) Riabilitazione e ginnastica medica ortopedica

Branche affini

1) Clinica ortopedica
2) Idrologia, climatologia e talassoterapia
3) Idroclimatologia medica e clinica termale
4) Medicina del lavoro
5) Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica
6) Neurologia
7) Neuropsichiatria infantile
8) Ortopedia e traumatologia
9) Reumatologia
10) Terapia medica e sistematica ed idrologia medica

BRANCA DI FONIATRIA

Branche principali

1) Foniatria

Branche affini

1) Audiologia
2) Clinica otorinolaringoiatrica
3) Neuropsichiatria infantile
4) Otorinolaringoiatria
5) Otorinolaringoiatria e patologia cervico-facciale

BRANCA DI GASTROENTEROLOGIA

Branche principali

1) Gastroenterologia
2) Gastroenterologia e endoscopia digestiva
3) Gastroenterologia e malattie dell'apparato digerente
4) Malattie dell'apparato digerente
5) Malattie dell'apparato digerente e del ricambio
6) Malattie dell'apparato digerente, della nutrizione e del ricambio
7) Malattie dell'apparato digerente e del sangue
8) Malattie del fegato e del ricambio
9) Malattie del ricambio e dell'apparato digerente
10) Malattie del sangue e dell'apparato digerente
11) Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio

Branche affini

1) Chirurgia dell'apparato digerente
2) Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva
3) Medicina generale
4) Pediatria
5) Terapia medica sistematica
6) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

BRANCA DI GERIATRIA

Branche principali

1) Geriatria
2) Gerontologia e geriatria

Branche affini

1) Diagnostica neurochirurgica
2) Gerontologia
3) Medicina generale
4) Neurologia
5) Neuroradiologia
6) Terapia medica sistematica
7) Terapia medica sistematica ed idrologia medica
8) Semeiotica neurochirurgica

BRANCA DI IDROCLIMATOLOGIA

Branche principali

1) Idroclimatologia medica e clinica termale
2) Idrologia, climatologia e talassoterapia
3) Idrologia medica
4) Idrologia, crenologia e climatologia

Branche affini

1) Chimica applicata all'igiene
2) Igiene
3) Igiene e medicina preventiva
4) Clinica medica
5) Clinica del lavoro
6) Medicina del lavoro
7) Clinica delle malattie del lavoro
8) Malattie del sangue e del ricambio
9) Malattie sangue, rene e ricambio
10) Malattie del tubo digerente, sangue e ricambio
11) Malattia apparato digerente e ricambio
12) Malattie apparato digerente e sangue
13) Malattia dell'apparato digerente, della nutrizione e del ricambio
14) Gastroenterologia
15) Endocrinologia
16) Endocrinologia e malattie del ricambio
17) Endocrinologia e malattie metaboliche
18) Malattie endocrine e metaboliche
19) Medicina costituzionale ed endocrinologia
20) Pneumologia
21) Clinica della tubercolosi e delle vie urinarie
22) Clinica della tubercolosi e delle malattie delle vie respiratorie
23) Fisiopatologia respiratoria
24) Malattie dell'apparato respiratorio
25) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
26) Tisiologia
27) Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio
28) Tisiologia e malattie polmonari

BRANCA DI IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Branche principali

1) Epidemiologia
2) Igiene
3) Igiene ed epidemiologia
4) Igiene generale e speciale
5) Igiene e medicina preventiva
6) Igiene e medicina preventiva con orientamento di sanità pubblica
7) Igiene pubblica
8) Igiene e sanità pubblica
9) Igiene e odontoiatria preventiva e sociale con epidemiologia

Branche affini

1) Igiene scolastica
2) Igiene e medicina scolastica
3) Igiene e medicina preventiva con orientamenti di laboratorio ed analisi cliniche
4) Igiene e medicina preventiva con orientamento di laboratorio
5) Igiene e tecnica e direzione ospedaliera
6) Puericultura ed igiene infantile
7) Parassitologia
8) Igiene e tecnica ospedaliera
9) Igiene e medicina preventiva con orientamento di igiene e tecnica ospedaliera
10) Igiene e medicina preventiva con orientamento di igiene e medicina scolastica
11) Microbiologia
12) Igiene e medicina preventiva con orientamento di igiene industriale
13) Igiene e medicina preventiva con orientamento di tecnica e direzione ospedaliera
14) Statistica sanitaria
15) Statistica sanitaria con indirizzo di statistica medica
16) Statistica sanitaria con indirizzo di programmazione sanitaria
17) Statistica medica

BRANCA DI MEDICINA INTERNA

Branche principali

1) Medicina interna
2) Clinica medica
3) Clinica medica generale
4) Clinica medica generale e terapia medica
5) Clinica medica e semeiotica
6) Medicina generale
7) Patologia speciale medica
8) Patologia speciale e clinica medica
9) Patologia speciale medica e metodologia clinica
10) Patologia speciale medica e terapia medica
11) Semeiotica medica

Branche affini

1) Allergologia e immunologia clinica
2) Angiologia
3) Cardiologia
4) Clinica delle malattie tropicali e subtropicali
5) Diabetologia
6) Diabetologia e malattie del ricambio
7) Dietetica
8) Ematologia
9) Endocrinologia
10) Farmacologia
11) Farmacologia clinica
12) Gastroenterologia
13) Gastroenterologia ed endoscopia digestiva
14) Genetica medica
15) Geriatria
16) Gerontologia
17) Idroclimatologia medica e clinica termale
18) Idrologia, climatologia e talassoterapia
19) Idrologia-crenologia e climato-terapia
20) Idrologia medica
21) Malattie del fegato e del ricambio
22) Malattie infettive
23) Malattie infettive dell'infanzia
24) Malattie infettive tropicali e subtropicali
25) Medicina del lavoro
26) Medicina dello sport
27) Medicina nucleare

Segue: BRANCA DI MEDICINA INTERNA

Branche principali	Branche affini
	28) Medicina preventiva
	29) Medicina tropicale e subtropicale
	30) Nefrologia
	31) Neurologia
	32) Oncologia
	33) Pediatria
	34) Pneumologia
	35) Pronto soccorso e terapia di urgenza
	36) Reumatologia
	37) Terapia medica sistematica
	38) Terapia medica sistematica ed idrologia medica
	39) Tossicologia medica

BRANCA DI MEDICINA DEL LAVORO

Branche principali	Branche affini
1) Medicina del lavoro	1) Tossicologia
2) Clinica del lavoro	2) Tossicologia clinica
3) Clinica delle malattie del lavoro	
4) Fisiologia e igiene del lavoro industriale	
5) Igiene industriale	
6) Medicina preventiva delle malattie professionali e psico-tecniche	
7) Medicina preventiva dei lavoratori	
8) Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica	
9) Tossicologia industriale	

BRANCA DI MEDICINA LEGALE

Branche principali	Branche affini
1) Medicina legale	1) Anatomia ed istologia patologica
2) Medicina legale e delle assicurazioni	2) Antropologia criminale
3) Medicina legale ed infortunistica	3) Immunoematologia e servizio trasfusionale
	4) Medicina delle assicurazioni
	5) Medicina del lavoro
	6) Tecnica delle autopsie
	7) Tecnica e diagnostica istopatologica
	8) Tossicologia forense

BRANCA DI MEDICINA NUCLEARE

Branche principali	Branche affini
1) Medicina nucleare	1) Radiobiologia
2) Fisica nucleare applicata alla medicina	2) Radiodiagnostica
3) Radiologia medica e medicina nucleare	3) Radiologia
	4) Radiologia ed elettroterapia
	5) Radiologia medica e medicina nucleare
	6) Radiologia medica e radioterapia
	7) Radiologia medica e terapia fisica
	8) Radiologia e terapia fisica
	9) Radioterapia
	10) Radioterapia oncologica

BRANCA DI MEDICINA DELLO SPORT

Branche principali	Branche affini
1) Medicina dello sport	1) Medicina generale 2) Medicina interna 3) Clinica medica 4) Patologia speciale medica 5) Semeiotica medica 6) Clinica medica e semeiotica 7) Clinica medica generale 8) Clinica medica generale e terapia medica 9) Patologia medica dimostrativa 10) Patologia speciale medica dimostrativa 11) Patologia speciale medica e metodologia clinica 12) Patologia speciale e clinica medica 13) Terapia medica sistematica 14) Chirurgia 15) Chirurgia generale 16) Chirurgia generale e terapia chirurgica 17) Clinica chirurgica 18) Patologia speciale chirurgica 19) Semeiotica chirurgica 20) Clinica chirurgica e medicina operatoria 21) Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica 22) Patologia chirurgica dimostrativa 23) Patologia speciale chirurgica dimostrativa 24) Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica 25) Chirurgia d'urgenza 26) Chirurgia generale e pronto soccorso 27) Chirurgia infantile 28) Chirurgia dell'infanzia 29) Chirurgia pediatrica 30) Clinica chirurgica infantile 31) Clinica chirurgica pediatrica 32) Clinica ortopedica 33) Ortopedia 34) Ortopedia e traumatologia 35) Ortopedia e traumatologia dell'apparato motore 36) Clinica ortopedica e traumatologica 37) Chinesiterapia, fisioterapia, riabilitazione e ginnastica medica in ortopedia 38) Fisiokinesiterapia ortopedica 39) Fisiokinesiterapia e rieducazione neuromotoria 40) Medicina fisica e riabilitazione 41) Fisiokinesiterapia 42) Kiranterapia, fisioterapia e riabilitazione dell'apparato motore 43) Patologia generale 44) Ematologia 45) Ematologia clinica e di laboratorio 46) Malattie del sangue 47) Malattie del sangue e del ricambio 48) Malattie del sangue, rene e ricambio 49) Patologia del sangue e degli organi emopoietici 50) Fisiologia 51) Malattie del sangue, tubo digerente e del ricambio 52) Malattie del sangue e dell'apparato digerente 53) Farmacologia clinica 54) Cardiologia 55) Cardiologia e malattie dei vasi

Segue: BRANCA DI MEDICINA DELLO SPORT

Branche principali	Branche affini
	56) Cardiologia e reumatologia
	57) Cardioreumatologia
	58) Malattie cardiovascolari e reumatiche
	59) Malattie dell'apparato cardiovascolare
	60) Chirurgia infantile
	61) Chirurgia dell'infanzia
	62) Chirurgia pediatrica
	63) Clinica chirurgica infantile
	64) Clinica chirurgica pediatrica
	65) Clinica dermosifilopatica
	66) Dermosifilopatia
	67) Dermosifilopatica
	68) Dermatologia
	69) Dermatologia e sifilografia
	70) Dermosifilopatia e venereologia
	71) Dermatologia e venereologia
	72) Malattie della pelle e veneree
	73) Malattie veneree e della pelle
	74) Dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica
	75) Patologia e clinica dermosifilopatica
	76) Dermatologia allergologica e professionale
	77) Endocrinologia
	78) Endocrinologia e malattie del ricambio
	79) Endocrinologia e malattie metaboliche
	80) Medicina costituzionalistica ed endocrinologia
	81) Medicina costituzionale ed endocrinologia
	82) Scienza dell'alimentazione
	83) Diabetologia
	84) Diabetologia e malattie del ricambio
	85) Fisiologia e scienza dell'alimentazione
	86) Clinica oculistica
	87) Oculistica
	88) Oftalmologia e oculistica
	89) Oftalmia e clinica oculistica
	90) Oftalmoiatria e clinica oculistica
	91) Oftalmologia e clinica oculistica
	92) Patologia e clinica oculistica
	93) Patologia oculare e clinica oculistica
	94) Clinica pediatrica
	95) Pediatria
	96) Pediatria e puericultura
	97) Patologia e clinica pediatrica
	98) Pediatria medica
	99) Malattie dell'apparato respiratorio
	100) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
	101) Tisiologia e malattie polmonari
	102) Clinica della tubercolosi e malattie delle vie respiratorie
	103) Tisiologia
	104) Clinica della tubercolosi e malattie dell'apparato respiratorio
	105) Reumatologia
	106) Tossicologia medica
	107) Medicina sociale
	108) Pronto soccorso e terapia d'urgenza
	109) Audiologia
	110) Neurochirurgia
	111) Malattie nervose

Segue: BRANCA DI MEDICINA DELLO SPORT

Branche principali	Branche affini
	112) Malattie nervose e mentali
	113) Neurologia
	114) Neurologia e psichiatria
	115) Neuropsichiatria
	116) Neuropatologia e psichiatria
	117) Clinica neuropatologica
	118) Clinica psichiatrica e neuropatologica
	119) Psichiatria e neuropatologia
	120) Clinica delle malattie nervose e mentali
	121) Clinica neuropsichiatrica
	122) Neuropsichiatria infantile
	123) Psichiatria
	124) Clinica psichiatrica
	125) Clinica neurologica e malattie mentali
	126) Nefrologia
	127) Nefrologia medica
	128) Anestesiologia e rianimazione

BRANCA DI NEFROLOGIA

Branche principali	Branche affini
1) Nefrologia	1) Medicina generale
2) Emodialisi	2) Pediatria
3) Malattie del rene, sangue e ricambio	3) Terapia medica sistematica
4) Nefrologia medica	4) Terapia medica sistematica ed idrologia medica
5) Nefrologia chirurgica	5) Urologia

BRANCA DI NEUROLOGIA

Branche principali	Branche affini
1) Neurologia	1) Clinica psichiatrica
2) Clinica delle malattie nervose e mentali	2) Medicina generale
3) Clinica neurologica	3) Neurochirurgia
4) Clinica neurologica e malattie mentali	4) Neurofisiopatologia
5) Clinica neuropatologica	5) Neurologia psichiatrica
6) Clinica neuropsichiatrica	6) Neuropsichiatria infantile
7) Clinica psichiatrica e neuropatologica	7) Neuropsicofarmacologia
8) Malattie nervose	8) Neuroradiologia
9) Malattie nervose e mentali	9) Psichiatria
10) Neurologia e psichiatria	10) Terapia medica sistematica
11) Neuropatologia e psichiatria	11) Terapia medica sistematica ed idrologia medica
12) Neuropsichiatria	
13) Psichiatria e neuropatologia	

BRANCA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Branche principali

1) Neuropsichiatria infantile

Branche affini

1) Fisiochinesiterapia e rieducazione psicomotoria
2) Genetica medica
3) Igiene mentale
4) Neurologia
5) Neuropsicofarmacologia
6) Pediatria
7) Psichiatria
8) Psichiatria infantile
9) Psicologia
10) Psicologia dell'età evolutiva
11) Psicologia medica
12) Psicologia sperimentale

BRANCA DI OCULISTICA

Branche principali

1) Oculistica
2) Clinica oculistica
3) Patologia e clinica oculistica
4) Patologia oculare e clinica oculistica
5) Oftalmologia
6) Oftalmia e clinica oculistica
7) Oftalmoiatria e clinica oculistica
8) Oftalmologia e clinica oculistica
9) Oftalmologia e oculistica

Branche affini

1) Chirurgia oculare
2) Ottica fisiologica
3) Ottica fisiopatologica

BRANCA DI ODONTOIATRIA

Branche principali

1) Odontoiatria
2) Clinica odontoiatrica
3) Clinica odontoiatrica e stomatologia
4) Odontoiatria e protesi dentale o dentaria
5) Odontostomatologia
6) Odontostomatologia e protesi dentale o dentaria
7) Stomatologia

Branche affini

1) Chirurgia maxillo-facciale
2) Chirurgia orale
3) Chirurgia plastica
4) Ortognatodonzia
5) Otorinolaringoiatria

BRANCA DI ONCOLOGIA

Branche principali

1) Oncologia
2) Chemioterapia antiblastica
3) Oncologia medica
4) Oncologia clinica

Branche affini

1) Chemioterapia
2) Citochimica ed istochimica
3) Citologia
4) Citopatologia

Segue: BRANCA DI ONCOLOGIA

Branche principali	Branche affini
	5) Istituzioni di patologia generale
	6) Istochimica normale e patologica
	7) Istochimica patologica
	8) Medicina del lavoro
	9) Medicina generale
	10) Medicina nucleare
	11) Oncologia generale
	12) Oncologia sperimentale
	13) Patologia generale
	14) Radiobiologia
	15) Radiodiagnostica
	16) Radiologia
	17) Radiologia medica
	18) Radiologia medica e radioterapia
	19) Radiologia medica e terapia fisica
	20) Radioterapia
	21) Radioterapia fisica
	22) Radioterapia oncologica
	23) Tecnica e diagnostica istopatologica
	24) Terapia medica sistematica

BRANCA DI ORTOPEDIA

Branche principali	Branche affini
1) Ortopedia	1) Chinesiterapia fisioterapica, riabilitazione e ginnastica in ortopedia
2) Clinica ortopedica	2) Chirurgia della mano
3) Clinica ortopedica e traumatologica	3) Chirurgia generale
4) Ortopedia e traumatologia	4) Chirurgia plastica
5) Ortopedia e traumatologia dell'apparato motore	5) Fisiochinesiterapia ortopedica
	6) Fisioterapia e riabilitazione
	7) Recupero e rieducazione funzionale dei neurolesi e dei motulesi
	8) Terapia fisica
	9) Traumatologia

BRANCA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Branche principali	Branche affini
1) Ostetricia e ginecologia	1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Clinica ostetrica e ginecologica	2) Chirurgia generale
3) Fisiopatologia ostetrica e ginecologica	3) Clinica chirurgica e medicina operatoria
4) Patologia ostetrica e ginecologica	4) Endocrinologia ostetrica e ginecologica
5) Patologia e clinica ostetrica e ginecologica	5) Fisiopatologia della riproduzione e della sterilità
	6) Fisiopatologia della riproduzione umana
	7) Fisiopatologia della riproduzione umana ed educazione demografica
	8) Genetica medica
	9) Medicina operatoria

BRANCA DI OTORINOLARINGOIATRIA

Branche principali	Branche affini
1) Otorinolaringoiatria	1) Audiologia
2) Clinica otorinolaringoiatrica	2) Chirurgia maxillo-facciale
3) Otorinolaringoiatria e patologia cervico-facciale	3) Chirurgia plastica

BRANCA DI PATOLOGIA CLINICA

Branche principali	Branche affini
1) Analisi chimico-cliniche di laboratorio	1) Anatomia ed istologia patologica
2) Analisi chimico-cliniche e microbiologia	2) Chimica clinica
3) Analisi cliniche di laboratorio	3) Chimica e microscopia clinica
4) Biochimica applicata	4) Citochimica ed istochimica
5) Biochimica e chimica clinica	5) Citologia
6) Biologia clinica	6) Citopatologia
7) Chimica biologica e biochimica	7) Diagnostica di laboratorio
8) Igiene e medicina preventiva con orientamento di laboratorio	8) Ematologia
9) Microbiologia	9) Igiene
10) Microbiologia medica	10) Igiene ed epidemiologia
11) Patologia generale	11) Igiene e medicina preventiva
12) Semeiotica e diagnostica di laboratorio	12) Igiene pubblica
13) Specialista medico di laboratorio	13) Igienità e sanità pubblica
14) Specialista in analisi cliniche e di laboratorio	14) Igiene e tecnica ospedaliera
15) Specialista in analisi cliniche e specialista medico laboratorista	15) Igiene, tecnica e direzione ospedaliera
	16) Immunopatologia
	17) Immunologia
	18) Immunoematologia
	19) Istituzioni di patologia generale
	20) Istochimica normale e patologica
	21) Istochimica patologica
	22) Medici laboratoristi
	23) Micologia medica
	24) Parassitologia
	25) Parassitologia medica
	26) Settore laboratorista
	27) Settore e medici laboratoristi
	28) Tecnica e diagnostica istopatologica
	29) Virologia

BRANCA DI PEDIATRIA

Branche principali	Branche affini
1) Pediatria	1) Clinica delle malattie tripicali e subtropicali
2) Clinica pediatrica	2) Genetica medica
3) Patologia e clinica pediatrica	3) Malattie infettive
4) Patologia neonatale	4) Malattie infettive dell'infanzia
5) Pediatria e puericultura	5) Malattie infettive tropicali e subtropicali
6) Pediatria preventiva sociale	6) Medicina generale
7) Pediatria preventiva e puericultura	7) Medicina ed igiene scolastica
8) Pediatria sociale e puericultura	8) Medicina tropicale e subtropicale
9) Puericultura	9) Neonatologia
	10) Nipiologia
	11) Nipiologia e paidologia
	12) Puericultura e dietetica infantile
	13) Puericultura ed igiene infantile
	14) Puericultura dietetica infantile ed assistenza sociale all'infanzia
	15) Terapia medica sistematica
	16) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

BRANCA DI PNEUMOLOGIA

Branche principali

1) Clinica della tubercolosi e malattie dell'apparato respiratorio
2) Clinica della tubercolosi e malattie delle vie respiratorie
3) Clinica della tubercolosi e delle vie urinarie
4) Fisiopatologia respiratoria
5) Fisiopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria
6) Malattie dell'apparato respiratorio
7) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
8) Tisiologia
9) Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio
10) Tisiologia e malattie polmonari

Branche affini

1) Chirurgia toracica
2) Geriatria
3) Gerontologia
4) Medicina del lavoro
5) Medicina generale
6) Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica
7) Terapia medica sistematica
8) Terapia medica sistematica ed idrologia medica
9) Riabilitazione respiratoria
10) Riabilitazione cardiaca e respiratoria

BRANCA DI PSICHIATRIA

Branche principali

1) Psichiatria
2) Clinica delle malattie nervose e mentali
3) Clinica neurologica e malattie mentali
4) Clinica neuropsichiatrica
5) Clinica psichiatrica
6) Clinica psichiatrica e neuropatologica
7) Malattie nervose e mentali
8) Neurologia e psichiatria
9) Neuropatologia e psichiatria
10) Neuropsichiatria
11) Psichiatria e neuropatologia

Branche affini

1) Antropologia criminale
2) Clinica neurologica
3) Clinica neuropatologica
4) Criminologia clinica
5) igiene mentale
6) Neurologia
7) Neurologia psichiatrica
8) Neuropsichiatria infantile
9) Neuropsicofarmacologia
10) Psichiatria infantile
11) Psicologia clinica
12) Psicologia del ciclo di vita
13) Psicologia sociale applicata

BRANCA DI RADIOLOGIA

Branche principali

1) Radiologia
2) Radiologia e elettroterapia
3) Radiologia e fisioterapia
4) Radiologia medica
5) Radiologia medica e medicina nucleare
6) Radiologia medica e radioterapia
7) Radiologia medica e terapia fisica
8) Radiologia e terapia fisica
9) Radiologia diagnostica
10) Radiodiagnostica

Branche affini

1) Fisica nucleare applicata alla medicina
2) Medicina nucleare
3) Medicina nucleare ed oncologia
4) Neuroradiologia
5) Radiobiologia
6) Radioterapia
7) Radioterapia oncologica

BRANCA DI REUMATOLOGIA

Branche principali

1) Reumatologia

Branche affini

1) Cardioreumatologia
2) Farmacologia
3) Malattie cardiovascolari e reumatiche
4) Medicina generale
5) Pediatria
6) terapia medica sistematica
7) Terapia medica sistematica ed idrologia medica

BRANCA DI SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETOLOGIA

Branche principali

1) Dietologia
2) Fisiologia e scienza dell'alimentazione
3) Scienza dell'alimentazione
4) Scienza dell'alimentazione e dietetica

Branche affini

1) Auxologia normale e patologica
2) Biochimica applicata
3) Chimica biologica
4) Diabetologia
5) Diabetologia e malattie del ricambio
6) Farmacologia
7) Fisiologia della nutrizione
8) Fisiologia umana
9) Gastroenterologia
10) Geriatria
11) Gerontologia
12) Igiene
13) Igiene ed epidemiologia
14) Igiene e medicina preventiva
15) Igiene pubblica
16) Igiene scolastica
17) Igiene e medicina scolastica
18) Igiene e sanità pubblica
19) Igiene e tecnica ospedaliera
20) Igiene tecnica e direzione ospedaliera
21) Igiene generale e speciale
22) Idrologia medica
23) Malattie dei ricambio
24) Medicina generale
25) Medicina del lavoro
26) Patologia neonatale
27) Pediatria
28) Puericultura
29) Puericultura ed igiene infantile
30) Puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale all'infanzia
31) Puericultura e dietetica infantile
32) Terapia medicasistematica
33) Terapia medica sistematica ed idrologia medica
34) Endocrinologia e malattia del ricambio
35) Medicina costituzionalistica endocrinologia
36) Malattia dell'apparato digerente e del ricambio
37) Malattia dell'apparato digerente della nutrizione e del ricambio
38) Endocrinologia e malattie metaboliche
39) Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio
40) Malattie del fegato e del ricambio
41) Medicina interna
42) Clinica medica
43) Clinica medica generale
44) Patologia speciale medica
45) Clinica medica e semeiotica
46) Patologia speciale medica e metodologia clinica
47) Patologia speciale e clinica medica
48) Clinica pediatrica
49) Patologia e clinica pediatrica
50) Gerontologia e geriatria
51) Gastroenterologia e endoscopia digestiva

BRANCA DI TOSSICOLOGIA MEDICA

Branche principali

1) Tossicologia
2) Tossicologia clinica
3) Tossicologia medica
4) Tossicologia industriale
5) Tossicologia forense

Branche affini

1) Analisi chimico-cliniche e microbiologia
2) Anatomia ed istologia patologica
3) Anatomia patologica
4) Anatomia patologica e tecnica di laboratorio
5) Anatomia ed istologia patologica e tecnica di laboratorio
6) Anestesia e rianimazione
7) Anestesiologia e rianimazione
8) Biochimica e chimica clinica
9) Cardiologia
10) Farmacologia
11) Farmacologia clinica
12) Farmacologia applicata
13) Malattie del fegato e del ricambio
14) Medicina interna
15) Nefrologia
16) Nefrologia medica
17) Parassitologia medica
18) Pronto soccorso e terapia d'urgenza
19) Virologia
20) Microbiologia
21) Microbiologia applicata
22) Clinica medica generale
23) Clinica medica
24) Medicina generale
25) Patologia speciale medica
26) Clinica medica generale e terapia medica
27) Patologia speciale medica e metodologia clinica
28) Patologia speciale e clinica medica

BRANCA DI UROLOGIA

Branche principali

1) Clinica delle malattie delle vie urinarie
2) Clinica urologica
3) Malattie delle vie urinarie
4) Malattie genito-urinarie
5) Nefrologia chirurgica
6) Patologia e clinica delle vie urinarie
7) Urologia

Branche affini

1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Chirurgia generale
3) Clinica chirurgica e medicina operatoria
4) Chirurgia pediatrica
5) Medicina operatoria
6) Nefrologia

ALLEGATO *A*

Parte II

TITOLI E CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE REGIONALI DI CUI ALL'ART. 2 DELL'ACCORDO.

Titoli	Punteggio
A) *TITOLI ACCADEMICI*	
1) *Voto di laurea:*	
Voto di laurea 110 e lode	0,60
Voto di laurea 110	0,50
Voto di laurea da 101 a 109	0,40
2) *Specializzazioni o libere docenze in branche principali:*	
per la prima specializzazione o libera docenza	3,00
per ogni ulteriore specializzazione o libera docenza	1,00
3) *Specializzazioni o libere docenze in branche affini:*	
per la prima specializzazione o libera docenza	1,20
per ogni ulteriore specializzazione o libera docenza	0,40
4) *Voto di specializzazione:*	
voto di specializzazione 70/70 in branca principale (una sola volta)	0,80

Al concorrente che nella stessa branca abbia conseguito la specializzazione e la libera docenza, viene attribuito una sola volta il punteggio previsto.

Titoli	Punteggio
B) *TITOLI DI CARRIERA*	
1) Attività specialistica prestata nella branca principale a seguito di regolare collocamento nelle piante organiche delle Unità sanitarie locali presso ospedali pubblici nelle posizioni funzionali previste all'allegato n. 1 (Ruolo sanitario - Tabella A - profilo professionale «medici») di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761:	
— Primario ospedaliero	3,00
— Aiuto	1,20
— Assistente	0,72
2) È valutata con gli stessi punteggi di cui al punto 1) l'attività specialistica prestata nella branca principale presso ospedali privati equiparati a quelli pubblici ai sensi di legge dietro esibizione di valida documentazione rilasciata dai competenti organi in cui siano specificati gli estremi dei provvedimenti di nomina nella posizione di primario, aiuto, assistente.	
3) È valutata con gli stessi punteggi di cui al punto 1) l'attività specialistica prestata nella branca principale presso altri enti pubblici, anche locali, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Enti e Istituti pubblici di ricerca, Istituto Superiore di Sanità, purché gli interessati siano stati equiparati alle posizioni funzionali di primario ospedaliero, aiuto, corresponsabile ospedaliero ed assistente, medico secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.	
4) Attività specialistica prestata nella branca principale in qualità di Ufficiale Medico in S.P.E. in Ospedali Militari e/o strutture sanitarie militari:	
— Capo reparto	3,00
— Assistente di reparto	1,20
5) Attività specialistica a rapporto di dipendenza prestata nella branca principale presso Cliniche e Istituti universitari di ricovero e cura nelle posizioni di cui all'allegato D del decreto del Ministro della Pubblica Istruzione del 9 novembre 1982, n. 83, ed alle disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382:	
— Professore ordinario e/o straordinario e/o incaricato	3,00
— Professore associato	1,20
— Ricercatore e/o Assistente e/o Tecnico laureato	0,72

Nota alla lettera B):

— Il punteggio fisso relativo alla valutazione dei titoli di carriera va attribuito ai soli vincitori di concorsi ai relativi posti o regolarmente officiati nelle specifiche qualifiche con nomina rettorale o del Consiglio di amministrazione o degli organi competenti, e sempreché gli interessati dimostrino di aver ricoperto l'incarico complessivamente per almeno 12 mesi dopo il conseguimento del titolo di specializzazione o libera docenza.

Titoli	Punteggio
C) *TITOLI DA RAPPORTO CONVENZIONALE*	
1) Attività specialistica prestata a rapporto convenzionale nella branca principale presso strutture pubbliche extra degenza a seguito di conferimento di incarico a tempo indeterminato ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 291 dell'8 giugno 1987 e accordi precedenti relativi allo stesso settore:	
— oltre dieci anni di rapporto convenzionale	3,00
— da cinque a nove anni, sei mesi e un giorno di rapporto convenzionale	1,20
— fino a quattro anni, sei mesi e un giorno di rapporto convenzionale	0,72

Note alle lettere B) e C):

— I titoli di cui alle lettere *B)* e *C)* non sono cumulabili.

— Al concorrente che sia contemporaneamente in possesso di più titoli di carriera verrà valutato il titolo che comporta il punteggio più alto.

— Gli interessati dovranno esibire valida documentazione rilasciata dai competenti organi, in cui siano specificati gli estremi dei provvedimenti di nomina o di conferimento di incarico specialistico, la relativa decorrenza, nonché la qualifica attribuita.

Titoli	Punteggio
D) *ATTIVITÀ PROFESSIONALE*	
1) Attività professionale svolta nella branca principale dopo la data del conseguimento del titolo valido per l'inclusione in graduatoria presso:	
— Enti o Istituzioni pubbliche	0,72
— Enti o Istituzioni private e libera professione	0,60

Titoli	Punteggio
2) Attività professionale svolta in branca affine dopo la data del conseguimento del diploma di specializzazione e/o di libera docenza in una o più branche affini presso:	
— Enti o Istituzioni pubbliche	0,48
— Enti o Istituzioni private e libera professione	0,36

Note alla lettera D):

— Il punteggio di cui alla lettera D) si riferisce ad un anno di attività professionale ed è frazionabile in dodicesimi - 16 giorni equivalgono a mese intero.

— L'attività professionale contemporaneamente prestata non è cumulabile; pertanto viene valutata solo l'attività che comporta il punteggio più alto.

— Ai fini dell'attribuzione del punteggio per l'attività professionale i concorrenti devono presentare idonea documentazione rilasciata dagli organi responsabili degli enti o istituzioni presso i quali esso è stato svolto. L'attività specialistica libero-professionale da valutare ai fini della formazione delle graduatorie è calcolata dal giorno successivo alla data di conseguimento della libera docenza o del titolo di specializzazione.

— Per la branca di odontostomatologia e limitatamente ai professionisti che accedono alle relative graduatorie in virtù dell'iscrizione allo speciale Albo di cui alla legge n. 409/1985, la valutazione dell'attività libero-professionale decorre dal giorno successivo all'iscrizione a tale Albo.

È in facoltà dell'ente erogatore di esperire indagini circa l'autenticità della documentazione prodotta.

E) *SERVIZIO MEDICO SVOLTO ALL'ESTERO*

Il servizio medico prestato all'estero in istituzioni e fondazioni sanitarie pubbliche, se riconosciuto con le modalità di cui alla legge 10 luglio 1960 n. 735 e decreto ministeriale 30 gennaio 1982 art. 24, è equiparato al servizio prestato presso enti o istituzioni pubbliche sul territorio nazionale ai fini dell'attribuzione dei punteggi per titoli di carriera ed esercizio professionale.

F) *ATTIVITÀ MEDICA IN FAVORE DEI LAVORATORI ITALIANI ALL'ESTERO*

L'attività medica svolta in favore dei lavoratori italiani all'estero sarà riconosciuta in base ai criteri che verranno determinati dal decreto ministeriale da emanarsi ai sensi dell'art. 13 del decreto del Presidente della Repubblica 13 luglio 1980, n. 618.

G) *ODONTOIATRI*

Nei confronti degli odontoiatri partecipanti alle graduatorie per la branca di odontostomatologia, per la valutazione dei titoli di carriera e dell'esercizio professionale si fa riferimento alla data di iscrizione nello speciale albo degli odontoiatri ai sensi della legge n. 409 del 1985.

NORME FINALI

1. Resta confermata la titolarità degli incarichi conferiti prima dell'entrata in vigore del presente allegato, sulla base di titoli validi all'epoca del conferimento, ancorché non più inclusi negli elenchi di cui alla prima parte dell'allegato medesimo.

2. Si concorda sulla opportunità di incontri annuali per la eventuale revisione e l'aggiornamento della parte prima dell'allegato *A*. Tali incontri si svolgeranno in tempi utili affiché gli aggiornamenti concordati possano avere applicazione in sede di formazione delle graduatorie nell'anno successivo.

3. Le intese intervenute sulla materia sono approvate con decreto del Ministro della Sanità.

ALLEGATO *B*

ALL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI ....

OGGETTO: Domanda di inclusione nella graduatoria di..................... della Provincia di .... per l'anno 19........... per il conferimento degli incarichi specialistici presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'Accordo nazionale con i medici specialisti ambulatoriali.

Il sottoscritto Dott. .... nato a .... (Prov. di ....) il .... residente in .... (Prov. di ....) via .... n. .... CAP............, tel.: .... laureato in..................... iscritto all'Ordine Provinciale dei medici e degli odontoiatri di........ in data .... chiede, ai sensi del vigente accordo collettivo nazionale con i medici specialisti ambulatoriali di essere incluso per l'anno .... nella graduatoria di...... relativa alla Provincia .... nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

A tale fine dichiara di essere in possesso dei titoli e requisiti indicati nell'allegato foglio notizie ed acclude idonea documentazione.

....

Data Firma

Spazio riservato all'ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri

---

Si attesta che il Dr. ....

risulta aver conseguito:

1) La laurea in..................... in data .... con voti .... presso l'Università di.....................

2) L'abilitazione all'esercizio professionale in data..................... presso l'Università di.....................

3) iscritto all'Albo professionale dei Medici della provincia di .... in data ....

4) iscritto allo speciale albo degli odontoiatri della provincia di .... in data ....

5) il diploma di specializzazione:

- nella branca di .... in data ....
- nella branca di .... in data ....
- nella branca di .... in data ....

6) la libera docenza:

- nella branca di .... in data ....
- nella branca di .... in data ....
- nella branca di .... in data ....

Sono stati irrogati a carico del Professionista i sottoindicati provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni previste dagli accordi:

....

Data Timbro e firma del Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri (o suo delegato)

☐ FOGLIO NOTIZIE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA PER L'ANNO .... BRANCA DI ....

☐ FOGLIO NOTIZIE DA COMPILARE ANNUALMENTE DA PARTE DEGLI SPECIALISTI INCARICATI

Il sottoscritto (cognome) ....
(nome) .... nato il ....
a .... (provincia di...)
con recapito professionale in ....
via .... n. ....
Cap.. Tel. ....

DICHIARA

di possedere i seguenti titoli:

A) *TITOLI ACCADEMICI*

1) *Laurea in medicina o odontoiatria:*

laurea in.. con voto ....
conseguita il .... presso l'Università di.............................

2) *Specializzazioni o libere docenze in branca principale:*

Specializzazione/libera docenza in..
conseguita il .... presso l'Università di............................
con voto ....

Specializzazione/libera docenza in..
conseguita il .... presso l'Università di............................
con voto ....

Specializzazione/libera docenza in..
conseguita il .... presso l'Università di............................
con voto ....

Specializzazione/libera docenza in..
conseguita il .... presso l'Università di............................
con voto ....

3) *Specializzazioni o libere docenze in branca affine:*

Specializzazione/libera docenza in..
conseguita il .... presso l'Università di............................

Specializzazione libera docenza in..
conseguita il .... presso l'Università di............................

B) *TITOLI DI CARRIERA*

1) Attività specialistica prestata nella branca principale a seguito di regolare collocamento nelle piante organiche delle UU.SS.LL. presso ospedali pubblici nelle posizioni funzionali previste all'allegato n. 1 (Ruolo sanitario - Tab. A - profilo professionale «medici») di cui al D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761:

Primario ospedaliero

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

Aiuto

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

Assistente

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

2) Attività specialistica prestata nella branca principale presso ospedali privati equiparati a quelli pubblici ai sensi di legge:

Primario ospedaliero

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

Aiuto

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

Assistente

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

3) Attività specialistica prestata nella branca principale presso altri Enti pubblici, anche locali, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Enti e Istituti pubblici di ricovero e cura a carattere scientifico, Enti e Istituti pubblici di ricerca, Istituto Superiore di Sanità, purché l'interessato sia stato equiparato alle posizioni funzionali di primario ospedaliero, aiuto, corresponsabile ospedaliero ed assistente medico secondo quanto previsto dal D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761:

Primario ospedaliero

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

Aiuto/corresponsabile ospedaliero

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

Assistente

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

4) Attività specialistica prestata nella branca principale in qualità di Ufficiale Medico in S.P.E. - in Ospedali militari e/o strutture sanitarie militari:

Capo reparto

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

Assistente di reparto

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

5) Attività specialistica a rapporto di dipendenza prestata nella branca principale presso cliniche e istituti universitari di ricovero e cura nelle posizioni di cui all'allegato D del decreto del Ministro della Pubblica Istruzione del 9 novembre 1982 n. 83 ed alle disposizioni di cui al D.P.R. 11 luglio 1980 n. 382:

Professore ordinario e/o straordinario e/o incaricato

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

Professore associato

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

Ricercatore e/o Assistente e/o Tecnico laureato

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

C) *TITOLO DA RAPPORTO CONVENZIONALE*

Attività specialistica prestata a rapporto convenzionale nella branca principale presso strutture pubbliche extra degenza a seguito di conferimento di incarico a tempo indeterminato ai sensi del D.P.R. n. 291 dell'8 giugno 1987 e accordi precedenti relativi allo stesso settore:

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

dal .... al ....
presso ....

D) *ATTIVITÀ PROFESSIONALE*

1) Attività professionale svolta nella branca principale dopo la data del conseguimento del titolo valido per l'inclusione in graduatoria:

Enti o istituzioni pubbliche

dal .... al ....
presso ....
dal .... al ....
presso ....
dal .... al ....
presso ....

Enti o istituzioni private

dal .... al ....
presso ....
dal .... al ....
presso ....
dal .... al ....
presso ....

Libera professione

dal .... al ....
dal .... al ....

2) Attività professionale svolta in branca affine dopo la data del conseguimento del diploma di specializzazione e/o di libera docenza in una o più branche affini presso:

Enti o istituzioni pubbliche

dal .... al ....
presso ....
dal .... al ....
presso ....
dal .... al ....
presso ....

Enti o istituzioni private

dal .... al ....
presso ....
dal .... al ....
presso ....
dal .... al ....
presso ....

Libera professione

dal .... al ....
dal .... al ....

E) *SERVIZIO MEDICO SVOLTO ALL'ESTERO*

Servizio medico prestato all'estero in istituzioni e fondazioni sanitarie pubbliche riconosciute con le modalità di cui alla legge 10 luglio 1960 n. 735 e D.M. 30 gennaio 1982 art. 24:

dal .... al ....
presso .... località ....
dal .... al ....
presso .... località ....

F) *ATTIVITÀ MEDICA IN FAVORE DEI LAVORATORI ITALIANI ALL'ESTERO*

Attività medica svolta in favore dei lavoratori italiani all'estero, riconosciuta in base ai criteri che verranno determinati dal decreto ministeriale da emanarsi ai sensi dell'art. 13 del D.P.R. 31 luglio 1980 n. 618:

dal .... al ....
presso ....
dal .... al ....
presso ....

DICHIARA ANCORA DI

(Barrare la voce che interessa)

a) avere un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale . . . . [SI] [NO]

b) svolgere attività medico-generica in quanto medico di libera scelta a ciclo di fiducia iscritto negli elenchi previsti dalla convenzione unica dei medici generici . . . . [SI] [NO]

c) essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta. . . . . [SI] [NO]

d) esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio sanitario nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'accordo stesso . . . . [SI] [NO]

e) operare a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate con U.S.L.
(in caso affermativo indicare la U.S.L. ....) [SI] [NO]

f) svolgere attività fiscali per conto di U.S.L.
(in caso affermativo indicare la U.S.L. ....) [SI] [NO]

g) avere una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche .... [SI] [NO]

DICHIARA altresì

di percepire indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo .... [SI] [NO]

(in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta e la misura dell'indennità percepita) ....

DICHIARA infine

di percepire ad altro titolo:

quote di caro-vita . . . . [SI] [NO]

indennità integrativa speciale . . . . [SI] [NO]

(Data) (Firma)

Il sottoscritto allega la documentazione in regola con le norme vigenti in materia di imposta di bollo e comprovante quanto da lui dichiarato nel presente foglio notizie:

1) ....

2) ....

3) ....

4) ....

5) ....

6) ....

7) ....

8) ....

9) ....

10) ....

11) ....

12) ....

....
(Data) (Firma per esteso)

N.B. Il presente foglio notizie, con le appropriate modificazioni, è utilizzato anche per le comunicazioni che annualmente i titolari di incarico devono fornire ai sensi dell'art. 17. In tal caso esso deve essere inviato all'assessore regionale alla sanità, quale presidente del comitato di cui all'art. 13.

ALLEGATO C

SPECIALISTI AMBULATORIALI

Prestazioni
di particolare impegno professionale

Le prestazioni di particolare impegno professionale di cui al presente allegato ancorché ascritte a specifiche branche possono essere effettuate anche da specialisti di branche diverse nonché dai medici di cui alla norma finale n. 11.

Atti ed interventi comuni a tutte le branche specialistiche	Impegno orario professionale
1) Consulto ambulatoriale con il medico generico e/o specialista di altra banca	30'
2) Consulto domiciliare con il medico generico e/o con specialista di altra branca	90'

Allergologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Test cutanei per gruppo di allergeni (6 × gruppo)	15'

Analisi

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Metodi elisa.	15'
2) Marker epatite	15'
3) Toxo.	15'
4) Rubeo	15'
5) Pap test	15'
6) Dosaggi morfina e derivati	15'
7) Metodi RIA	15'

Le maggiorazioni di orario dovute ai sensi dell'art. 19 per questa branca vengono ripartite, in misura proporzionale al numero delle ore di incarico di cui ciascuno è titolare, fra tutti i professionisti laureati addetti al laboratorio nel quale le prestazioni vengono eseguite.

Anestesiologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Anestesie periferiche:	
a) loco regionale per infiltrazione	15'
b) tronculare	15'
c) plessica.	30'

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
2) Prestazione anestesiologica in corso di indagini diagnostiche speciali (contrastografie, T.A.C., endoscopie, etc.) o di piccoli interventi terapeutici (posizionamento spirali, etc.)	30'
3) Analgesia o sedazione in corso di indagini diagnostiche come sopra o di piccoli interventi terapeutici (posizionamento spirali, etc.) ..	30'
4) Elettroanalgesia transcutanea (Tens).	30'
5) Infiltrazione anestetica faccette articolari vertebrali	60'

Angiologia e angiochirurgia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Dopplersonografia: un arto (arteriosa e venosa).	15'
2) Dopplersonografia: due arti (arteriosa e venosa).	30'
3) Fotopletismogramma (per singola zona)	15'
4) Iniezioni sclerosanti (per seduta).	15'
5) Legatura della safena alla crosse.	60'
6) Legatura di vena perforante incontinente.	60'
7) Pletismogramma (per ciascun arto)	15'
8) Reografia	15'
9) Doppler vasi sopraortici.	30'

Audiologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Impedenziometria.	15'

Cardiologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) ECG dinamico sec. Holter completo	45'
2) Ecocardiogramma completo m. Mode.	30'
3) Ecocardiogramma completo bidimensionale.	30'
4) Eco-doppler-grafia cardiaca completa	30'
5) ECG a domicilio (oltre la visita)	15'
6) Test ECG al cicloergometro	30'

Chirurgia generale e chirurgia infantile

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Ascesso: incisione di ascesso superficiale o circoscritto.	10'
2) Ascesso: incisione di ascesso sottoaponeurotico.	15'
3) Biopsia linfonodi ascellari	50'
4) Corpo estraneo: asportazione di c.e. profondo	20'
5) Patereccio	15'
6) Tumori: asportazione di piccoli tumori superficiali benigni o cisti.	15'
7) Tumori: asportazione per distruzione di piccole malformazioni cutanee benigne con termocoagulazione o diatermocoagulazione.	15'
8) Unghia: asportazione di unghia incarnita	10'
9) Unghia: cura radicale di unghia incarnita.	15'
10) Cisti sinoviale tendinea: asportazione radicale.	30'
11) Ematoma: svuotamento di ematoma profondo per incisione	30'
12) Favo: incisione del favo del collo, del dorso e della nuca ..	15'
13) Flemmone: incisione di flemmone superficiale ..	15'
14) Flemmone: incisione di flemmone profondo.	30'
15) Lingua: frenulotomia.	10'
16) Asportazioni di tumori e cisti superficiali del volto	15'
17) Mammella: incisione di ascesso mammario profondo.	15'
18) Mammella: incisione di ascesso mammario superficiale o di mastite.	15'
19) Ano: escissione di noduli emorroidali isolati	30'
20) Ano: incisione di noduli emorroidali trombosati	20'
21) Iniezioni sclerosanti di emorroidi interne	20'
22) Ano: legatura con elastici di emorroidi interne.	20'
23) Escissione di papilla anale ipertrofica	15'
24) Agoaspirato mammario per esame citologico	15'
25) Agoaspirato tiroideo	15'
26) Asportazione cisti della mammella	30'
27) Svuotamento ematoma per aspirazione	15'
28) Biopsia linfonodi cervicali	30'

Chirurgia plastica

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Asportazione di piccole neoformazioni benigne del volto	30'
2) Intervento per tumori benigni di medie proporzioni dei tessuti molli.	30'
3) Exeresi di tumore maligno superficiale	30'
4) Exeresi di tumore maligno del volto	30'
5) Cicatrici piccole del volto esiti di traumatismi: trattamento (per cicatrice).	30'
6) Cicatrici piccole esiti di traumatismi: trattamento correttivo (per cicatrice)	15'
7) Laser terapia cutanea	60'

Dermatologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Crioterapia con protossido d'azoto	15'
2) Crioterapia con azoto liquido	10'
3) Crioterapia con neve carbonica (per seduta).	10'
4) Dermoabrasione meccanica con anestesia locale	30'
5) Cauterizzazione, diatermoelettrocoagulazione di cisti, fibromi, lipomi, ecc.	15'
6) Prelievi per biopsia	30'
7) Asportazioni di piccole neoformazioni del volto.	30'
8) Asportazioni di piccoli tumori benigni e cisti	15'

Diabetologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Test dinamici per la valutazione della funzionalità pancreatica	30'

Fisiatria

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Manipolazioni vertebrali (*manu medica*)	15'
2) Esame elettrodiagnostico con curve I/T	15'
3) Rieducazione logopedica individuale (ciclo di sei sedute o frazioni)	15'
4) Rieducazione neuromotoria (ciclo di sei sedute o frazioni)	30'
5) Infiltrazioni con medicamenti	15'
6) Mesoterapia	15'
7) Elettroanalgesia transcutanea (TENS)	15'
8) Protocollo di riabilitazione	15'
9) Laserterapia	15'

Gastroenterologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Esofagoscopia	30'
2) Gastroscopia (esofagogastroscopia)	30'
3) Duodenoscopia (esofagogastroduodenoscopia)	60'
4) Rettosigmoidoscopia	30'
5) Colonscopia parziale (sinistra)	60'
6) Anorettoscopia	15'
7) Sondaggio gastrico	15'
8) Sondaggio duodenale	30'

Malattie dell'apparato respiratorio

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Spirometria globale (prove di funzionalità respiratoria) con volume residuo	20'
2) Idem più determinazione consumo O_2	30'
3) Toracentesi	15'

Medicina del lavoro

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Certificato di idoneità al lavoro specifico	30'
2) Spirometria	20'
3) Ergometria	30'

Medicina dello sport

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Ergometria	30'
2) Spirometria	20'
3) I.R.I.	10'

Medicina legale

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Visite collegiali richieste da leggi o regolamenti o da enti pubblici o privati:	
— senza relazione scritta	30'
— con relazione scritta	60'
2) Consulenze tecniche in tema di responsabilità civile o di polizze per infortuni	60'

Neurochirurgia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Neurolisi	45'
2) Neurorafia di piccoli nervi	60'
3) Biopsia e prelievo di nervo	60'

Neurologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Esame elettromiografico (più la visita):	
— per segmento	15'
— per segmento con velocità di conduzione motoria	15'
— per segmento con velocità di conduzione sensitiva	15'
2) Elettroencefalogramma	30'

Neuropsichiatria infantile

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Psicoterapia individuale (per seduta)	30'
2) Psicoterapia nucleo familiare	30'

Oculistica

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Disostruzione chiusura canale lacrimale	15'
2) Intervento per calazio	30'
3) Sutura palpebrale	15'
4) Tarsografia	60'
5) Asportazione piccoli tumori e cisti	30'
6) Ascesso palpebrale (incisione)	10'
7) Estrazione corpi estranei dalla cornea	10'
8) Asportazione corpi estranei	10'
9) Piccole cisti congiuntivali	20'
10) Pterigio o pinguecola	30'
11) Stricturotomia	15'
12) Campimetria - perimetria	30'

Odontoiatria

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Radiografia endorale	15'
2) Estrazione del terzo molare in disodontiasi	15'
3) Estrazione di dente o radice di dente in inclusione osteo mucosa	30'
4) Apicectomia (esclusa cura canalare)	45'

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
5) Piccoli interventi di chirurgia orale (ascessi, sequestrotomie, raschiamento osseo, etc.)	15'
6) Trattamento di emorragie post-avulsive mediante sutura o lembi a distanza dall'estrazione	20'
7) Intervento per cisti mascellari o mandibolari RX accertati	60'
8) Carie penetrante: cura e otturazione con terapia canalare per denti monocanalari (compreso restauro coronale)	30'
9) Carie penetrante: cura e otturazione con terapia canalare per denti pluriradicolati (compreso restauro coronale)	40'
10) Gengivectomia (per ogni gruppo di 4 denti)	20'
11) Prestazioni ortodontiche: programma terapeutico	30'
12) Prestazioni protesiche: programma terapeutico	30'

Oncologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Iniezione di antiblastici	10'
2) Fleboclisi di antiblastici per uno o più soggetti trattati contemporaneamente	60'

Ortopedia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Bendaggio alla colla di Zn coscia-piede	30'
2) Bendaggio a 8 per clavicola	30'
3) Bendaggio secondo Dessault semplice	30'
4) Bendaggio secondo Dessault amidato o gessato	30'
5) Applicazione gessi (voce unica)	30'
6) Busto gessato con o senza spalle	45'
7) Frattura grandi segmenti: riduzione incruenta	30'
8) Fratture medie segmenti: riduzione incruenta	30'
9) Fratture piccoli segmenti: riduzione incruenta	30'
10) Frattura-lussazione grandi articolazioni: riduzione incruenta	30'
11) Frattura-lussazione medie articolazioni: riduzione incruenta	30'
12) Frattura-lussazione piccole articolazioni: riduzione incruenta	30'
13) Lussazione grandi articolazioni: riduzione incruenta	15'
14) Lussazione medie articolazioni: riduzione incruenta	15'
15) Lussazione piccole articolazioni: riduzione incruenta	15'
16) Tenolisi	30'
17) Tenorrafia	30'
18) Ascesso freddo: iniezione intraascessuale successiva modificatrice	15'
19) Borsiti: asportazione di borsiti retro olecraniche e/o perotulee	15'
20) Amputazione di piccoli segmenti	30'
21) Artrocentesi	15'

Ostetricia e ginecologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Biopsia mirata della vulva	15'
2) Biopsia della vagina	15'
3) Biopsia della portio	15'
4) Biopsia mirata cervicale	15'
5) Diatermocoagulazione del collo uterino	15'
6) Asportazione di polipi utero-cervicali	15'
7) Applicazione di I.U.D.	30'
8) Colposcopia ed eventuale prelievo di materiale	15'
9) Ecografia	30'
10) Prelievo secreti per strisci citologici	10'

Otorinolaringoiatria

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Prelievo per biopsia (orecchio, fosse nasali, rinofaringe, cavo orale)	10'
2) Prelievo per biopsia laringea	60'
3) Cateterismo tubarico	10'
4) Riduzione fratture nasali: semplici	30'
5) Causticazioni varici del setto	10'
6) Cauterizzazione dei turbinati (per lato)	10'
7) Tamponamento nasale anteriore	10'
8) Tamponamento nasale posteriore	15'
9) Audiogramma	15'

Pediatria

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Frenulotomia linguale	15'
2) Frenulotomia del prepuzio	15'

Psichiatria

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Psicoterapia individuale (per seduta)	30'
2) Psicoterapia nucleo familiare	30'

Radiodiagnostica

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Colangiografia endovenosa	30'
2) Urografia endovenosa	30'
3) Studio età ossea del bambino	20'
4) Clisma opaco doppio contrasto	45'
5) Stomaco e duodeno doppio contrasto	30'
6) Ecografia	30'

Reumatologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Infiltrazioni intrarticolari	15'

Scienze dell'alimentazione

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Protocollo dietetico computerizzato	30'
2) Protocollo 1ª dieta	15'

Urologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Endoscopia vescicale	40'
2) Litotrisia endoscopica (oltre l'endoscopia)	40'
3) Circoncisione	40'
4) Cateterismo dell'uretere	45'
5) Causticazione endoscopica uretro-prostatica (oltre l'endoscopia)	20'
6) Elettrocoagulazione endoscopica vescicale	40'
7) Profilo pressorio uretrale	40'
8) Esame urodinamico completo	40'

ALLEGATO *D*

MODALITÀ DI ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI PROTESICHE (PROTESICHE DENTARIE ED ORTODONTICHE) - ORTESI.

1) Le parti riconoscono che, anche al fine di soddisfare le condizioni di eseguibilità degli interventi demandati allo specialista ambulatoriale, previsti dall'art. 18, comma 19 - lett. *b)*, l'ambulatorio odontoiatrico della U.S.L. deve essere dotato di tutte le attrezzature tecnicamente indispensabili all'odontoiatra per un corretto e proficuo esercizio della specifica attività professionale finalizzata all'applicazione di protesi dentarie e ortodontiche, alla stregua delle indicazioni elencate in calce al presente documento.

2) Le parti, come presupposto essenziale per la qualificazione del Servizio e a garanzia della professionalità della categoria degli specialisti ambulatoriali, sottolineano l'esigenza che, nella individuazione dei laboratori odontotecnici da convenzionare le UU.SS.LL. accertino con il massimo rigore la effettiva sussistenza presso i laboratori stessi delle condizioni organizzative, tecnico-strumentali e di personale idonee a garantire obiettivamente la qualità merceologica delle protesi, la loro funzionalità in relazione alle esigenze cliniche degli assistiti e la loro piena rispondenza alle prescrizioni dello specialista.

3) Le parti ribadiscono che tutti gli atti medici preventivi, contestuali e successivi all'applicazione delle protesi dentarie ed ortodontiche attengono alla piena ed esclusiva responsabilità professionale dello specialista odontoiatra.

In particolare, ferme restando le prerogative istituzionali degli organi sanitari delle UU.SS.LL., sono di esclusiva competenza dello specialista odontoiatra, secondo sua scienza e coscienza, nel rispetto delle norme deontologiche che regolano la professione:

a) la predisposizione del piano di lavoro finalizzato all'applicazione della protesi;

b) l'effettuazione di tutte le prestazioni medico-chirurgiche necessarie alla preparazione del cavo orale;

c) la rilevazione delle impronte;

d) la prescrizione, nell'ambito delle possibilità organizzative del servizio e avuto riguardo alle richieste degli assistiti, del tipo di protesi più rispondente alle esigenze cliniche degli assistiti stessi. Per la prescrizione medesima si conviene sull'impiego di modulario analogo al fac-simile allegato;

e) la scelta dei materiali sanitariamente più opportuni;

f) le conseguenti indicazioni tecnico-sanitarie per la realizzazione del manufatto da parte del laboratorio convenzionato;

g) le operazioni di applicazione delle protesi;

h) la verifica della qualità della protesi sia sul piano della rispondenza alle esigenze dell'assistito ed alla prescrizione e sia sul piano merceologico;

i) le eventuali indicazioni tecnico-sanitarie per la sua rettifica;

l) gli atti medici di controllo successivo ed il giudizio finale sulla idoneità della protesi.

In conseguenza di quanto sopra si chiarisce che devono intendersi esclusi i rapporti professionali diretti tra l'assistito e il laboratorio odontotecnico convenzionato officiato della realizzazione della protesi e che laddove rapporti di tal genere dovessero instaurarsi, la circostanza deve essere assunta come condizione risolutiva della convenzione con il laboratorio

4) Le parti convengono che le UU.SS.LL., nelle fasi di svolgimento del piano di lavoro finalizzato all'applicazione delle protesi in cui lo specialista lo ritenga utile e solo in caso di sua esplicita richiesta, debbono garantire la presenza nell'ambulatorio di un odontotecnico diplomato del laboratorio convenzionato per lo svolgimento, in base alle indicazioni dello specialista stesso, delle attività ausiliarie consentite dalle leggi in vigore.

5) Le parti, al fine di perseguire la migliore produttività del servizio ed anche in relazione alle esigenze poste dalla necessità di programmare la collaborazione dell'odontotecnico diplomato, sottolineano l'opportunità che gli orari di svolgimento dell'attività specialistica ambulatoriale finalizzata all'applicazione delle protesi siano tenuti distinti da quelli in cui viene effettuata la normale attività del gabinetto dentistico.

6) Per l'attribuzione degli incarichi finalizzati all'esecuzione dell'attività protesica si richiamano le norme di cui all'art. 10, comma 2. Relativamente agli specialisti in servizio alla data del *16 ottobre 1984*, l'esecuzione delle attività protesiche può essere affidata agli stessi nel caso che si dichiarino disponibili ad accettare aumenti di orario finalizzati allo svolgimento delle dette attività.

7) Le clausole del presente documento si estendono, con gli opportuni adattamenti, all'attività ortesica.

A) *Dotazione del gabinetto odontoiatrico:*

riunito dentale completo di poltrona con azzeramento, micromotore con manipolo, turbina con manipolo, lampada, siringa aspiratore, compressore;

apparecchio radiografico endorale;

servomobili;

sgabello per operatore;

sterilizzatrice;

strumentario per visite, prevenzione, cure conservative (comprese quelle canalari), estrazioni, chirurgia orale ambulatoriale e paradontologia.

B) *Dotazione specifica per protesi ed ortesi:*

portaimpronte alluminio forate;
portaimpronte anatomiche serie complete;
alginato;
materiale prima impronta;
prese diamante per preparazione turbo trapano;
prese tungsteno per preparazione turbo trapano;
ruotine per denti varie forme;
ruotine per acciaio varie forme;
punte montate per ritocco forme varie e tipi;
ruotine diamantate varie forme;
pinza universale;
pinza Waldasch;
pinza Adams;
pinza piegafili;
pinza tronchese;
pinze ossivore;
pinza Reynolds;
martello leva-corone;
scodelle per gesso ed alginato varie forme;
spatole per cera grandi e piccole;
spatole per cera Lecron;
gesso duro per modelli;
gesso extra duro rosa;
gesso per ortodonzia bianco;
corona provvisorio policarbonato;
carta per articolazione blu e rossa;
confezione cemento per fissaggio protesi;
resina a freddo per provvisori;
resina per riparazioni rapide;
cera collante;
resina per ribassare
cera per masticazione;
cera per modellare;
micromotore laboratorio per ritocchi protesi;
spazzolini a feltro e tela per lucidare protesi;
base platten argentate.

Segue: ALLEGATO *D*

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Regione ....
Unità Sanitaria Locale ....
SERVIZIO DI ODONTOSTOMATOLOGIA

Foglio n. 1 - *per l'assistito*
N. d'ordine ....

<table>
<tr><td colspan="2">Assistito ....
Cognome Nome Data di nascita
Familiare .... di ....
Relazione familiare Generalità capo famiglia
Residente a .... Via .... N. ....
Rel. .... Tessera ....</td></tr>
<tr><td>PRESCRIZIONE DELLO SPECIALISTA ODONTOIATRA AMBULATORIALE</td><td rowspan="2">Contributo convenzionale a carico dell'assistito L. .... interamente versato con bollettino n. .... del ....</td></tr>
<tr><td rowspan="2">DESCRIZIONI PROTESI
(Schema. Tipo, Colore)</td></tr>
<tr><td>L'assistito, munito del presente foglio, dovrà presentarsi presso questo gabinetto odontoiatrico per l'effettuazione delle prove o per l'applicazione definitiva della protesi nei giorni ....</td></tr>
<tr><td rowspan="2">LAVORI VARI E RIPARAZIONI

L'Odontoiatra
..........</td><td></td></tr>
<tr><td>La protesi è stata applicata il giorno
....
Firma Odontoiatra .... Controfirma assistito .... Timbro USL ....</td></tr>
</table>

N.B. - L'assistito, per qualunque ragione o esigenza attinenti la protesi, devrà rivolgersi a questa Unità Sanitaria Locale.

Segue: ALLEGATO *D*

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Regione ....
Unità Sanitaria Locale ....
SERVIZIO DI ODONTOSTOMATOLOGIA
FOGLIO COMMISSIONE

Foglio n. 2 - *per il laboratorio odontotecnico convenzionato*
N. d'ordine ....

Laboratorio convenzionato ....

Assistito .... (Cognome) (Nome) (Data di nascita)
Familiare .... (Relazione familiare) di .... (Generalità capo famiglia)
Residente a .... Via .... N. ....
Rel. .... Tessera ....

PRESCRIZIONE DELLO SPECIALISTA ODONTOIATRA AMBULATORIALE	Contributo convenzionale a carico dell'assistito L. .... interamente versato con bollettino n. .... del ....
DESCRIZIONI PROTESI (Schema. Tipo, Colore)	Il laboratorio convenzionato è impegnato ad apprestare quanto di propria competenza per l'effettuazione delle prove o per l'applicazione delle protesi nei giorni ....
LAVORI VARI E RIPARAZIONI L'Odontoiatra	SEZIONE RISERVATA PER L'USO INTERNO DEL LABORATORIO
Indicazioni dello specialista per il laboratorio odontotecnico convenzionato L'Odontoiatra	La protesi è stata applicata il giorno .... Firma Odontoiatra .... Controfirma assistito .... Timbro USL ....

Segue: ALLEGATO D

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Regione ....
Unità Sanitaria Locale ....
SERVIZIO DI ODONTOSTOMATOLOGIA

Foglio n. 3 - *per il laboratorio odontotecnico convenzionato*
N. d'ordine ....

Laboratorio convenzionato
....

Assistito ....
Cognome — Nome — Data di nascita

Familiare .... di ....
Relazione familiare — Generalità capo famiglia

Residente a .... Via .... N. ....

Rel. .... Tessera ....

PRESCRIZIONE DELLO SPECIALISTA ODONTOIATRA AMBULATORIALE	Contributo convenzionale a carico dell'assistito L. .... interamente versato con bollettino n. .... del ....
DESCRIZIONI PROTESI (Schema, Tipo, Colore)	Il laboratorio convenzionato è impegnato ad apprestare quanto di propria competenza per l'effettuazione delle prove o per l'applicazione delle protesi nei giorni ....
LAVORI VARI E RIPARAZIONI L'Odontoiatra	Giudizio specialista odontoiatra sulla protesi:
Indicazioni dello specialista per il laboratorio odontotecnico convenzionato L'Odontoiatra	La protesi è stata applicata il giorno .... Firma Odontoiatra .... Controfirma assistito .... Timbro USL ....

ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE N. 833/1978:

Ministero della Sanità: DE LORENZO

Ministero del Tesoro: RUBBI

Ministero del lavoro e della previdenza sociale: DONAT CATTIN

Regione Veneto: BOGONI - BOLIS

Regione Toscana: SASSU

Regione Lazio: ZIANTONI - CERCHIA

Regione Piemonte: RESTAGNO

Regione Calabria: CARATOZZOLO

A.N.C.I.: GONZI - ACOCELLA - TAGLIABUE - RUSSO VALENTINI - PANELLA - ATTANASIO

U.N.C.E.M.: PIERGENTILI - RAMACCIOTTI

Sindacato Unitario Medici Ambulatoriali Italiani (S.U.M.A.I): MELEDANDRI

C.G.I.L. Coordinamento Medici: CAU

U.I.L. Sanità: CROCE

C.I.S.L. Medici: BONFANTI - LEMBATI - LABRIOLA - RIZZO - SCOLERI

F.N.OO.MM.: BONI - POGGIOLINI

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici partecipa ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978 in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico.

Il presente accordo è stato sottoscritto anche dalle seguenti Organizzazioni Sindacali:

SI.ME.CO. - Sindacato Medici Confederati: SCARABELLO

UMUS CONF. SAL.: VERNIERO

S.U.M.I.: COLUCCI - D'AMATO

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

NOTE AL DECRETO

Note alle premesse:

— L'art. 48 della legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, reca norme relative al «personale a rapporto convenzionale».

— Il testo dell'art. 24, ultimo comma, della legge n. 730/1983, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984)» è riportato nella nota all'art. 42.

NOTE ALL'ACCORDO

Note al preambolo:

— L'art. 48 della legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, reca norme relative al «personale a rapporto convenzionale».

— L'art. 47 della legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale reca norme relative al «personale dipendente».

Nota all'art. 1:

— Il testo della lettera *d)* del comma 1 dell'art. 9 della legge n. 595/1985 (Piani sanitari delle regionali e delle province autonome) è il seguente:

«Nel quadro degli interventi diretti in via prioritaria al perseguimento degli obiettivi di cui all'art. 2, tenuti presenti le direttive e i parametri tendenziali di organizzazione generale definiti nel piano sanitario nazionale, i piani sanitari delle regioni e delle province autonome per il triennio 1986-88 devono comunque prevedere:

(Omissis);

d) la definizione e la localizzazione del fabbisogno di attività professionali convenzionate:

1) per la medicina di base, per la pediatria di libera scelta, per la guardia medica territoriale, con indicazioni espresse per le zone disagiate e carenti;

2) per i servizi specialistici nei poliambulatori intra ed extraospedalieri, prevedendone il necessario coordinamento;

3) per le attività specialistiche presso strutture private convenzionate, il cui apporto va programmato avendo riguardo al pieno utilizzo delle strutture pubbliche ed al raccordo con queste ultime al fine di soddisfare comunque il diritto di accesso alle prestazioni specialistiche da parte del cittadino entro il termine massimo di tre giorni dalla richiesta all'unità sanitaria locale competente, tenuto conto anche dell'esigenza della continuità diagnostico-terapeutica. Le indicazioni di cui sopra sono attuate in sede di rinnovo delle convenzioni.»

Note all'art. 2:

— Il testo del punto 6) dell'art. 48 della legge n. 833/78 è il seguente:

«Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

(Omissis);

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private o industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4)».

— Il D.P.R. n. 292/1987 reca: «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti libero professionali con i medici addetti ai servizi di guardia medica, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

— Il D.P.R. n. 119/1988 reca: «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con professionisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale per l'erogazione di prestazioni specialistiche sanitarie nei loro studi privati, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 23 agosto 1978».

— Il D.P.R. n. 120/1988 reca: «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti convenzionali in materia di prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio compresa la diagnostica radioimmunologica, la medicina nucleare e di fisiokinesiterapia, nonché ogni altra prestazione specialistica effettuata in regime di autorizzazione sanitaria, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978.»

— L'art. 43 della legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, reca norme in materia di «autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie».

Nota all'art. 3:

— L'art. 47 della legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, reca norme relative al «personale dipendente».

Nota all'art. 5:

— Per i DD.PP.RR. n. 119 e n. 120 vedi note all'art. 2.

Nota all'art. 8:

— La legge n. 409/1985 reca: «Istituzione della professione sanitaria di odontoiatria e disposizioni relative al diritto di stabilimento e alla libera prestazione di servizi da parte dei dentisti cittadini di Stati membri delle Comunità Europee».

Nota all'art. 11:

— Il D.P.R. n. 504/1987 reca: «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici addetti alle attività della medicina dei servizi, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

Note all'art. 18:

— Per il D.P.R. n. 504/1987 vedi nota all'art. 11.

— La legge n. 180/1978 reca: «Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori».

— La legge n. 194/1978 reca: «Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza».

— Il D.P.R. n. 270/1987 in materia di «Norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo sindacale per il triennio 1985-1987, relativa al comparto del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale» al titolo VI reca norme in materia di «produttività».

Nota all'art. 20:

— Il testo dell'art. 25, comma sesto, della legge n. 833/1988 è il seguente:

«Le prestazioni medico-specialistiche, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, sono fornite, di norma, presso gli ambulatori e i presidi delle unità sanitarie locali di cui l'utente fa parte, ivi compresi gli istituti di cui agli articoli 39, 41 e 42 della presente legge».

Note all'art. 33:

— L'art. 16 del D.P.R. n. 13/1986 reca: «Modifica del meccanismo dell'indennità integrativa speciale».

— La legge n. 38/1986 reca: «Disposizioni in materia di indennità di contingenza».

— Il D.P.R. n. 291/1987 reca: «Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialistici ambulatoriali, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

— Per la legge n. 38/1986 e il D.P.R. n. 13/1986 vedi nota all'art. 33.

Nota all'art. 35:

— Il D.P.R. n. 185/1964 reca: «Sicurezza degli impianti - Pericoli delle radiazioni ionizzanti derivanti dall'impiego pacifico dell'energia nucleare».

Note all'art. 39:

— Il D.M. 15 ottobre 1976 reca: «Regolamenti dei fondi di previdenza a favore dei medici mutualistici: ambulatoriali, generici e specialisti esterni».

— Il decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 7 ottobre 1989 reca: «Approvazione della deliberazione dell'ENPAM del 1° aprile 1989 concernente la delegificazione della regolamentazione della materia relativa alle modalità e ai termini di versamento dei contributi ai fondi speciali di previdenza dei medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale».

Nota all'art. 40:

— Il testo dell'allegato *E* al D.P.R. n. 884/1984 è il seguente:

«ALLEGATO *E* (Verbale di riunione)

Le parti firmatarie dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialistici ambulatoriali, reso esecutivo dal decreto del Presidente della Reupbblica 22 ottobre 1981, si sono riunite presso il Ministero della sanità in data 30 giugno 1982 ai sensi dell'art. 43 dell'accordo stesso.

Nell'occasione sono state esaminate le seguenti questioni applicative:

I) Modalità tecniche necessarie per la realizzare il principio dell'unicità del rapporto di cui all'art. 1, secondo comma, dell'accordo anche in sede di liquidazione del premio di operosità di cui all'art. 40.

A tal fine sono stati considerati, a titolo esemplificativo i seguenti casi:

1) *Lo specialista presta la propria opera professionale presso una pluralità di U.S.L. e gli incarichi cessano contenstualmente nei confronti di tutte.*

In tal caso le parti hanno convenuto sulla necessità che siano adottati i seguenti criteri:

a) il "premio" viene liquidato, per tutto e globalmente il servizio ambulatoriale svolto nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ivi compreso quello espletato presso i disciolti enti mutualistici, dalla U.S.L. presso la quale lo specialista è titolare di incarico per il maggior numero di ore; a parità di ore, l'U.S.L. che liquida il premio è quella presso la quale lo specialista vanta la maggiore anzianità di effettivo servizio;

b) l'individuazione della U.S.L. tenuta al pagamento avviene a cura del comitato zonale competente (oppure ove così localmente si concordi, a cura del Comitato regionale) che fornisce anche tutte le notizie indispensabili per la liquidazione del premio;

c) laddove l'individuazione della U.S.L. tenuta al pagamento non possa avvenire in base ai criteri di cui sopra, essa è rimessa alla scelta dello specialista interessato.

2) *Gli incarichi in precedenza svolti dallo specialista per conto di più UU.SS.LL. vengono concentrati presso una sola U.S.L.*

Premesso che la cessazione dall'incarico presso le altre UU.SS.LL. non fa venire meno il rapporto con il Servizio sanitario nazionale — che è unico — e non comporta quindi liquidazione del premio di operosità relativamemte agli incarichi cessati, le parti hanno riconosciuto che il premio di operosità debba essere liquidato alla cessazione dell'incarico presso l'ultima U.S.L., a cura di questa e per tutto il servizio complessivamente prestato dallo specialista nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ivi compreso quello svolto presso gli enti mutualistici disciolti.

3) Le parti inoltre hanno convenuto che i criteri di cui ai punti 1) e 2) debbano trovare applicazione anche in caso di trasferimento dello specialista da una regione all'altra.

In tal caso il comitato zonale (o regionale) di provenienza avrà cura di trasmettere al comitato zonale (o regionale) di destinazione tutta la documentazione relativa all'attività fin lì svolta dallo specialista.

Le parti si sono date atto che le soluzioni teniche di cui al presente punto I) sono rese possibili dalla circostanza che in sede di determinazione annua del Fondo sanitario nazionale, l'entità delle somme considerate ai fini della liquidazione del premio di operosità ai medici ambulatoriali risulta adeguata a coprire gli oneri che normalmente conseguono a tale titolo dalla cessazione degli incarichi.

II) Corretta applicazione del principio di cui all'art. 36, quinto comma, dell'accordo per il quale l'anzianità da valutare ai fini dell'attribuzione delle fasce quinquennali e degli scatti biennali è quella maturata senza soluzione di continuità presso gli enti firmatari dell'accordo 11 giugno 1975 e ai sensi dell'accordo stesso.

A tal riguardo, tenuto conto che nell'anzianità di cui sopra è compresa anche quella maturata presso enti — quali INPS, INAIL, ENPI — che non fanno parte del Servizio sanitario nazionale, si è presa in esame l'ipotesi che lo specialista, assumendo un incarico presso una U.S.L., rinunci di conseguenza e contestualmente all'incarico già ricoperto, presso uno dei suddetti enti.

In tal caso le parti hanno riconosciuto che l'intevenuta liquidazione del premio di operosità da parte dell'INPS, dell'INAIL e dell'ENPI — liquidazione alla quale l'ente è ovviamente tenuto — non configura soluzione di continuità nel servizio, rilevante ai fini del citato quinto comma dell'art. 36.

"*A fortiori*", tali conclusioni valgono nel caso che il rapporto con INPS, INAIL o ENPI venga meno in costanza di incarico presso una unità sanitaria locale.

Letto, approvato e sottoscritto».

Nota all'art. 41:

— Il D.P.R. n. 884/1984 reca: «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali sottoscritto ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

Nota all'art. 42:

— Il testo dell'art. 24 della legge n. 730/1983 è il seguente:

«Art. 24. — Al fine di razionalizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime convenzionale, nel rispetto dell'autonomia del segreto professionale dei sanitari convenzionati, gli accordi collettivi nazionali, stipulati ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in sede di rinnovo della parte normativa degli stessi, in aggiunta ai criteri definiti dall'anzidetto articolo devono prevedere:

a) le forme di responsabilizzazione degli ordinatari di spesa al fine di contenere le spese da ancorare a parametri prefissati dalla regione sulla base di indici medi regionali di spesa raccordati a quelli nazionali;

b) l'istituzione di commissioni professionali a livello regionale con la partecipazione di rappresentanti dei medici convenzionati, della regione, scelti tra esperti qualificati delle strutture pubbliche universitarie e ospedaliere, e dell'ordine professionale, con il compito di definire gli standards medi assistenziali e di fissare le procedure per le verifiche di qualità dell'assistenza. Nella definizione degli standards medi assistenziali dovranno altresì essere previste le ipotesi di eccessi di spesa che potranno dar luogo, ove non giustificate, a sanzioni da determinarsi secondo i criteri previsti dal punto 8, terzo comma, del richiamato art. 48;

c) l'impegno dei sanitari convenzionati a fornire informazioni sui servizi prestati anche mediante la prescrizione a lettura automatica standardizzata di cui all'art. 12 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638, nonché l'obbligo delle unità sanitarie locali di comunicare periodicamente ai sanitari e alle commissioni di cui alla precedente lettera *b)* i dati informativi sul comportamento prescrittivo dei medici convenzionati.

In caso di mancata designazione di componenti entro 30 giorni dall'entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di approvazione dell'accordo collettivo nazionale, la regione costituisce in via provvisoria la commissione professionale, che resta in attività fino alla costituzione della commissione definitiva.

In applicazione dei principi di contestualità e di omogeneizzazione affermati nell'art. 20 del decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n. 348, in deroga al primo comma del citato art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, gli accordi convenzionali, in scadenza o già scaduti al 31 dicembre 1983, sono rinnovabili con scadenza al 30 giugno 1985».

Nota alla norma finale n. 1:

— L'art. 48 della legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, reca norme relative al «personale a rapporto convenzionale».

Nota alla norma finale n. 2:

— Il testo dell'art. 3, comma 1, lettera *c)*, del D.P.R. n. 291/1987 è il seguente:

«*c)* svolga attività come medico specialista ambulatoriale convenzionato. Tuttavia al sanitario al quale sia conferito un incarico nei servizi di guardia medica è consentito, successivamente di acquisire un'incarico quale specialista ambulatoriale convenzionato fino ad un massimo di 10 ore settimanali. In tal caso l'impegno orario settimanale nei servizi di guardia medica non può superare la metà del massimale di cui al successivo art. 5».

Nota alla norma finale n. 3:

— Il testo dell'art. 4, comma 3, punti 1) e 2), del D.P.R. n. 291/1987 è il seguente:

«1) proprietari, comproprietari, soci, azionisti, gestori, amministratori, direttori di poliambulatori, direttori o responsabili di laboratori per analisi cliniche, di gabinetti di terapia fisica, di radiologia, di medicina nucleare di radioterapia, convenzionati con il Servizio sanitario nazionale: ore 10;

2) specialisti che in discipline diverse da quelle di cui al punto 1) svolgono attività in regime di convenzionamento esterno: ore 30».

Nota alle norme finali n. 5 e 11.

— Il D.P.R. n. 291/1987 reca: «Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833».

Nota alla norma transitoria n. 1:

— Gli articoli 12, 14 e 16 del D.P.R. n. 291/1987 recano rispettivamente norme in materia di «comitato consultivo zonale», «comitato consultivo regionale» e «commissione regionale di disciplina».

Nota alla norma transitoria n. 2:

— Per la legge n. 409/1985 vedi nota all'art. 8.

Nota alla dichiarazione a verbale n. 8:

— Il testo dell'art. 36 del D.P.R. n. 291/1987 è il seguente:

«Art. 36. — Per facilitare la realizzazione degli abiettivi della programmazione regionale, le unità sanitarie locali corrispondono agli specialisti ambulatoriali la somma di L. 600 per ogni ora di attività effettivamente espletata secondo la lettera di incarico.

Tale erogazione è ininfluente ai fini di ogni altro istituto di carattere normativo ed economico previsto dal presente accordo».

FRANCESCO NIGRO, *direttore*

FRANCESCO NOCITA, *redattore*
ALFONSO ANDRIANI, *vice redattore*

(2651381) Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - S.

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO

LIBRERIE DEPOSITARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE

ABRUZZO

◇ **CHIETI**
Libreria PIROLA MAGGIOLI
di De Luca
Via A. Herio, 21

◇ **PESCARA**
Libreria COSTANTINI
Corso V. Emanuele, 146
Libreria dell'UNIVERSITÀ
di Lidia Cornacchia
Via Galilei, angolo via Gramsci

◇ **TERAMO**
Libreria IPOTESI
Via Oberdan, 9

BASILICATA

◇ **MATERA**
Cartolibreria
Eredi ditta MONTEMURRO NICOLA
Via delle Beccherie, 69

◇ **POTENZA**
Ed. Libr. PAGGI DORA ROSA
Via Pretoria

CALABRIA

◇ **CATANZARO**
Libreria G. MAURO
Corso Mazzini, 89

◇ **COSENZA**
Libreria DOMUS
Via Monte Santo

◇ **SOVERATO (Catanzaro)**
Rivendita generi Monopolio
LEOPOLDO MICO
Corso Umberto, 144

CAMPANIA

◇ **ANGRI (Salerno)**
Libreria AMATO ANTONIO
Via dei Goti, 4

◇ **AVELLINO**
Libreria CESA
Via G. Nappi, 47

◇ **BENEVENTO**
Libreria MASONE NICOLA
Viale dei Rettori, 71

◇ **CASERTA**
Libreria CROCE
Piazza Dante

◇ **CAVA DEI TIRRENI (Salerno)**
Libreria RONDINELLA
Corso Umberto I, 253

◇ **FORIO D'ISCHIA (Napoli)**
Libreria MATTERA

◇ **NOCERA INFERIORE (Salerno)**
Libreria CRISCUOLO
Traversa Nobile ang. via S. Matteo, 51

EMILIA-ROMAGNA

◇ **ARGENTA (Ferrara)**
C.S.P. - Centro Servizi Polivalente S.r.l.
Via Matteotti, 36/B

◇ **FERRARA**
Libreria TADDEI
Corso Giovecca, 1

◇ **FORLÌ**
Libreria CAPPELLI
Corso della Repubblica, 54
Libreria MODERNA
Corso A. Diaz, 2/F

◇ **MODENA**
Libreria LA GOLIARDICA
Via Emilia Centro, 210

◇ **PARMA**
Libreria FIACCADORI
Via al Duomo

◇ **PIACENZA**
Tip. DEL MAINO
Via IV Novembre, 160

◇ **RAVENNA**
Libreria MODERNISSIMA
di Formani Maurizio
Via Corrado Ricci, 35

◇ **REGGIO EMILIA**
Libreria MODERNA
Via Guido da Castello, 11/B

◇ **RIMINI (Forlì)**
Libreria DEL PROFESSIONISTA
di Giorgi Egidio
Via XXII Giugno, 3

FRIULI-VENEZIA GIULIA

◇ **GORIZIA**
Libreria ANTONINI
Via Mazzini, 16

◇ **PORDENONE**
Libreria MINERVA
Piazza XX Settembre

◇ **TRIESTE**
Libreria ITALO SVEVO
Corso Italia, 9/F
Libreria TERGESTE s.a.s.
Piazza della Borsa, 15

◇ **UDINE**
Cartolibreria «UNIVERSITAS»
Via Pracchiuso, 19
Libreria BENEDETTI
Via Mercatovecchio, 13
Libreria TARANTOLA
Via V. Veneto, 20

LAZIO

◇ **APRILIA (Latina)**
Ed. BATTAGLIA GIORGIA
Via Mascagni

◇ **LATINA**
Libreria LA FORENSE
Via dello Statuto, 28/30

◇ **LAVINIO (Roma)**
Edicola di CIANFANELLI A. & C.
Piazza del Consorzio, 7

◇ **RIETI**
Libreria CENTRALE
Piazza V. Emanuele, 8

◇ **ROMA**
AGENZIA 3A
Via Aureliana, 59
Libreria DEI CONGRESSI
Viale Civiltà del Lavoro, 124
Ditta BRUNO E ROMANO SGUEGLIA
Via Santa Maria Maggiore, 121
Cartolibreria ONORATI AUGUSTO
Via Raffaele Garofalo, 33

◇ **SORA (Frosinone)**
Libreria DI MICCO UMBERTO
Via E. Zincone, 28

◇ **TIVOLI (Roma)**
Cartolibreria MANNELLI
di Rosarita Sabatini
Viale Mannelli, 10

◇ **TUSCANIA (Viterbo)**
Cartolibreria MANCINI DUILIO
Viale Trieste s.n.c.

◇ **VITERBO**
Libreria BENEDETTI
Palazzo Uffici Finanziari

LIGURIA

◇ **IMPERIA**
Libreria ORLICH
Via Amendola, 25

◇ **LA SPEZIA**
Libreria CENTRALE
Via Colli, 5

LOMBARDIA

◇ **ARESE (Milano)**
Cartolibreria GRAN PARADISO
Via Valera, 23

◇ **BERGAMO**
Libreria LORENZELLI
Viale Papa Giovanni XXIII, 74

◇ **BRESCIA**
Libreria QUERINIANA
Via Trieste, 13

◇ **COMO**
Libreria NANI
Via Cairoli, 14

◇ **MANTOVA**
Libreria ADAMO DI PELLEGRINI
di M. Di Pellegrini e D. Ebbi s.n.c.
Corso Umberto I, 32

◇ **PAVIA**
Libreria TICINUM
Corso Mazzini, 2/C

◇ **SONDRIO**
Libreria ALESSO
Via dei Caimi, 14

MARCHE

◇ **ANCONA**
Libreria FOGOLA
Piazza Cavour, 4/5

◇ **ASCOLI PICENO**
Libreria MASSIMI
Corso V. Emanuele, 23
Libreria PROPERI
Corso Mazzini, 188

◇ **MACERATA**
Libreria MORICHETTA
Piazza Annessione, 1
Libreria TOMASSETTI
Corso della Repubblica, 11

MOLISE

◇ **CAMPOBASSO**
Libreria DI E.M.
Via Monsignor Bologna, 67

◇ **ISERNIA**
Libreria PATRIARCA
Corso Garibaldi, 115

PIEMONTE

◇ **ALESSANDRIA**
Libreria BERTOLOTTI
Corso Roma, 122
Libreria BOFFI
Via dei Martiri, 31

◇ **ALBA (Cuneo)**
Casa Editrice ICAP
Via Vittorio Emanuele, 19

◇ **BIELLA (Vercelli)**
Libreria GIOVANNACCI
Via Italia, 6

◇ **CUNEO**
Casa Editrice ICAP
Piazza D. Galimberti, 10

◇ **TORINO**
Casa Editrice ICAP
Via Monte di Pietà, 20

PUGLIA

◇ **ALTAMURA (Bari)**
JOLLY CART di Lorusso A. & C.
Corso V. Emanuele, 65

◇ **BARI**
Libreria FRANCO MILELLA
Viale della Repubblica, 16/B
Libreria LATERZA e LAVIOSA
Via Crisanzio, 16

◇ **BRINDISI**
Libreria PIAZZO
Piazza Vittoria, 4

◇ **FOGGIA**
Libreria PATIERNO
Portici Via Dante, 21

◇ **LECCE**
Libreria MILELLA
Via Palmieri, 30

◇ **MANFREDONIA (Foggia)**
IL PAPIRO - Rivendita giornali
Corso Manfredi, 126

◇ **TARANTO**
Libreria FUMAROLA
Corso Italia, 229

SARDEGNA

◇ **ALGHERO (Sassari)**
Libreria LOBRANO
Via Sassari, 65

◇ **CAGLIARI**
Libreria DESSÌ
Corso V. Emanuele, 30/32

◇ **NUORO**
Libreria Centro didattico NOVECENTO
Via Manzoni, 35

◇ **ORISTANO**
Libreria SANNA GIUSEPPE
Via del Ricovero, 70

◇ **SASSARI**
MESSAGGERIE SARDE
Piazza Castello, 10

SICILIA

◇ **AGRIGENTO**
Libreria L'AZIENDA
Via Callicratide, 14/16

◇ **CALTANISSETTA**
Libreria SCIASCIA
Corso Umberto I, 36

◇ **CATANIA**
ENRICO ARLIA
Rappresentanze editoriali
Via V. Emanuele, 62
Libreria GARGIULO
Via F. Riso, 56/58
Libreria LA PAGLIA
Via Etnea, 393/395

◇ **ENNA**
Libreria BUSCEMI G. B.
Piazza V. Emanuele

◇ **FAVARA (Agrigento)**
Cartolibreria MILIOTO ANTONINO
Via Roma, 60

◇ **MESSINA**
Libreria PIROLA
Corso Cavour, 47

◇ **PALERMO**
Libreria FLACCOVIO DARIO
Via Ausonia, 70/74
Libreria FLACCOVIO LICAF
Piazza Don Bosco, 3
Libreria FLACCOVIO S.F.
Piazza V. E. Orlando 15/16

◇ **SIRACUSA**
Libreria CASA DEL LIBRO
Via Maestranza, 22

TOSCANA

◇ **AREZZO**
Libreria PELLEGRINI
Via Cavour, 42

◇ **GROSSETO**
Libreria SIGNORELLI
Corso Carducci, 9

◇ **LIVORNO**
Editore BELFORTE
Via Grande, 91

◇ **LUCCA**
Libreria BARONI
Via S. Paolino, 45/47
Libreria Prof.le SESTANTE
Via Montanara, 9

◇ **PISA**
Libreria VALLERINI
Via dei Mille, 13

◇ **PISTOIA**
Libreria TURELLI
Via Macallè, 37

◇ **SIENA**
Libreria TICCI
Via delle Terme, 5/7

TRENTINO-ALTO ADIGE

◇ **BOLZANO**
Libreria EUROPA
Corso Italia, 6

◇ **TRENTO**
Libreria DISERTORI
Via Diaz, 11

UMBRIA

◇ **FOLIGNO (Perugia)**
Nuova Libreria LUNA
Via Gramsci, 41/43

◇ **PERUGIA**
Libreria SIMONELLI
Corso Vannucci, 82

◇ **TERNI**
Libreria ALTEROCCA
Corso Tacito, 29

VALLE D'AOSTA

◇ **AOSTA**
Libreria MINERVA
Via dei Tillier, 34

VENETO

◇ **PADOVA**
Libreria DRAGHI - RANDI
Via Cavour, 17

◇ **ROVIGO**
Libreria PAVANELLO
Piazza V. Emanuele, 2

◇ **TREVISO**
Libreria CANOVA
Via Calmaggiore, 31

◇ **VENEZIA**
Libreria GOLDONI
Calle Goldoni 4511

◇ **VERONA**
Libreria GHELFI & BARBATO
Via Mazzini, 21
Libreria GIURIDICA
Via della Costa, 5

◇ **VICENZA**
Libreria GALLA
Corso A. Palladio, 41/43

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni ufficiali sono in vendita al pubblico:

— presso l'Agenzia dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato in Roma, piazza G. Verdi, 10;

— presso le Concessionarie speciali di:
BARI, Libreria Laterza S.p.a., via Sparano, 134 - BOLOGNA, Libreria Ceruti, piazza dei Tribunali, 5/F - FIRENZE, Libreria Pirola (Etruria S.a.s.), via Cavour, 46/r - GENOVA, Libreria Baldaro, via XII Ottobre, 172/r - MILANO, Libreria concessionaria «Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato» S.r.l., Galleria Vittorio Emanuele, 3 - NAPOLI, Libreria Italiana, via Chiaia, 5 - PALERMO, Libreria Flaccovio SF, via Ruggero Settimo, 37 - ROMA, Libreria Il Tritone, via del Tritone, 61/A - TORINO, SO.CE.DI. S.r.l., via Roma, 80;

— presso le Librerie depositarie indicate nella pagina precedente.

Le richieste per corrispondenza devono essere inviate all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Direzione Commerciale - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 Roma, versando l'importo, maggiorato delle spese di spedizione, a mezzo del c/c postale n. 387001. Le inserzioni, come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono in Roma (Ufficio inserzioni - Piazza G. Verdi, 10). Le suddette librerie concessionarie speciali possono accettare solamente gli avvisi consegnati a mano e accompagnati dal relativo importo.

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - 1990

ALLA PARTE PRIMA - LEGISLATIVA

Ogni tipo di abbonamento comprende gli indici mensili

Tipo A - *Abbonamento* ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari:
- annuale . . . . L. **295.000**
- semestrale . . . . L. **160.000**

Tipo B - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte costituzionale:
- annuale . . . . L. **52.000**
- semestrale . . . . L. **36.000**

Tipo C - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti delle Comunità europee:
- annuale . . . . L. **166.000**
- semestrale . . . . L. **88.000**

Tipo D - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata alle leggi ed ai regolamenti regionali:
- annuale . . . . L. **52.000**
- semestrale . . . . L. **36.000**

Tipo E - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:
- annuale . . . . L. **166.000**
- semestrale . . . . L. **90.000**

Tipo F - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari, e i fascicoli delle quattro serie speciali:
- annuale . . . . L. **556.000**
- semestrale . . . . L. **300.000**

Integrando il versamento relativo al tipo di abbonamento della Gazzetta Ufficiale, parte prima, prescelto con la somma di L. 50.000, si avrà diritto a ricevere l'indice repertorio annuale cronologico per materie 1990.

Prezzo di vendita di un fascicolo della *serie generale* . . . . L. **1.000**

Prezzo di vendita di un fascicolo delle *serie speciali I, II* e *III*, ogni 16 pagine o frazione . . . . L. **1.000**

Prezzo di vendita di un fascicolo della *IV serie speciale «Concorsi»* . . . . L. **2.400**

Supplementi ordinari per la vendita a fascicoli separati, ogni 16 pagine o frazione . . . . L. **1.100**

Supplementi straordinari per la vendita a fascicoli separati, ogni 16 pagine o frazione . . . . L. **1.100**

Supplemento straordinario «Bollettino delle estrazioni»

Abbonamento annuale . . . . L. **100.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo ogni 16 pagine o frazione . . . . L. **1.100**

Supplemento straordinario «Conto riassuntivo del Tesoro»

Abbonamento annuale . . . . L. **60.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo . . . . L. **6.000**

Gazzetta Ufficiale su MICROFICHES
(Serie generale - Supplementi ordinari - Serie speciali)

		Prezzi di vendita Italia	Prezzi di vendita Estero
Invio settimanale	N. 6 microfiches contenenti 6 numeri di Gazzetta Ufficiale fino a 96 pagine cadauna	L. 6.000	6.000
	Per ogni 96 pagine successive o frazione riferite ad una sola Gazzetta	L. 1.000	1.000
	Spese per imballaggio e spedizione raccomandata	L. 4.000	6.000

N.B. — Le microfiches sono disponibili dal 1° gennaio 1983.

ALLA PARTE SECONDA - INSERZIONI

Abbonamento annuale . . . . L. **255.000**
Abbonamento semestrale . . . . L. **155.000**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione . . . . L. **1.200**

I prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, per l'estero, nonché quelli di vendita dei fascicoli delle annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, sono raddoppiati.

L'importo degli abbonamenti deve essere versato sul c/c postale n. 387001 intestato all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. L'invio dei fascicoli disguidati, che devono essere richiesti all'Amministrazione entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione di una fascetta del relativo abbonamento.

Per informazioni o prenotazioni rivolgersi all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato:

- abbonamenti . . . . ☎ (06) 85082149/85082221
- vendita pubblicazioni . . . . . . ☎ (06) 85082150/85082276
- inserzioni . . . . ☎ (06) 85082145/85082189

N. B. — ***Gli abbonamenti annuali hanno decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre 1990, mentre i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno 1990 e dal 1° luglio al 31 dicembre 1990.***